

# **ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS**



## **Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade Domínio Cognitivo-Motor**

*Qual a perceção dos professores de primeiro e segundo ciclo e educadores de infância sobre a importância do jogo para a intervenção em alunos com hiperatividade?*

**Ana Sofia Silva Ramos**

Lisboa, setembro de 2012



# **ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS**



## **Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade Domínio Cognitivo-Motor**

*Qual a perceção dos professores de primeiro e segundo ciclo e educadores de infância sobre a importância do jogo para a intervenção em alunos com hiperatividade?*

**Ana Sofia Silva Ramos**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor sob orientação da Professora Doutora Cristina Saraiva Gonçalves.

Lisboa, setembro de 2012

## **Resumo**

Parece consensual na literatura que a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é das perturbações neurocomportamentais mais diagnosticadas, a que mais afeta a população em idade escolar.

O presente trabalho é o resultado de uma pesquisa feita acerca da PHDA, uma perturbação que afeta a vida social e académica de muitas crianças e adolescentes. Os tópicos referidos são a definição de PHDA, os seus sintomas e consequências para o aluno, a forma como a escola, professores e pais deveriam lidar com esta desordem para proporcionarem aos alunos um progresso positivo no seu programa educativo e terapêutico. A criança, a PHDA, problemas de aprendizagem e outras comorbidades são também abordadas dado que estes aspetos influenciam não só o processo de diagnóstico mas também o tratamento da PHDA. É ainda fornecida informação acerca dos diferentes métodos de diagnóstico usados na avaliação da PHDA. Num segundo capítulo abordaremos a importância do jogo nas crianças hiperativas, apresentando de uma forma sucinta, a definição de jogo, a sua origem e valor. É ainda feita uma abordagem à sua pedagogia e psicologia, bem como são apresentados alguns jogos a realizar com crianças hiperativas.

Na segunda parte deste trabalho é apresentada a parte experimental, onde foi realizado um questionário a professores de primeiro ciclo, segundo ciclo e educadores de infância. Neste foram feitas várias perguntas sobre a PHDA, bem como a importância do jogo nesta síndrome. O objetivo prende-se em saber se os professores e educadores acham que o jogo ajuda as crianças com PHDA a tornarem-se seres mais bem-dispostos e rentáveis quer na escola ou em contexto social.

**Palavras-chave:** hiperatividade, família, professor, apoio, jogo, desenvolvimento.

## **Abstract**

It seems consensual that Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most neurodevelopment disorder diagnosed and that it affects population in school age.

This work is the result of a research about ADHD, a disability that is nowadays affecting the social and academic lives of many children and adolescents. Some topics are referred: how to define ADHD; which are its symptoms and the consequences for the student; the way school, teachers and parents should deal with it in order to help the students have a positive progress in their therapeutic or educational program. The children, ADHD, learning difficulties and other comorbidities are also referred because this phase increases the difficulties not only in the diagnosis process but also in the treatment of ADHD. As for diagnosis, an overview of the different assessment instruments currently used to evaluate ADHD is provided. In the second chapter we will discuss the importance of the game with hyperactive children, showing succinctly the definition of game, his origin and value. Also we made an approach to his pedagogy and psychology, as well it's presented some game's to do with hyperactive children's.

In the second part of this work it's presented the experimental part, where a survey was conducted for first grade teachers, second grade teachers and nursery school teachers. In this survey were made several questions about ADHD, as well as the importance of the game in this syndrome. The objective relates to whether teachers and nursery school teachers feel that the game helps children with ADHD to become a more smiling and better person either in school or in a social context.

**Key-Words:** hyperactivity, family, teacher, support, game, development.

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a toda a minha família, em especial, à minha mãe e ao meu marido pela paciência demonstrada nos momentos de maior desespero e cansaço.

De uma maneira especial também não posso esquecer de dedicá-lo às minhas amigas, Liliana e Solange que muito me ajudaram nas minhas dúvidas e me apoiaram em tudo que necessitei.

A todos que fazem parte da minha vida o meu muito obrigado por existirem e quererem partilhar comigo todos os momentos bons e menos bons.

## **Agradecimentos**

Expresso a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço à minha orientadora, Professora DoutoraCristina Saraiva Gonçalves, pelos ensinamentos que me facultou, pela disponibilidade sempre demonstrada, os conselhos, a sabedoria e o incentivo. Um grande bem-haja!

Agradeço à minha família e amigos todo o apoio e compreensão.

Agradeço a todos aqueles que me apoiaram, colaboraram e ajudaram na concretização deste trabalho.

A todos, sem exceção, tenho a dizer que não encontro uma palavra que defina, corretamente, o que por vós sinto. Obrigada pela marca que deixam na minha vida!...

## **Lista de Abreviaturas**

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
APCH	Associação Portuguesa de Crianças Hiperativas
APA	American Psychiatric Association
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPRS-R	Escala de classificação de Conners para pais - Revista
CTRS-R	Escala de classificação de Conners para professores - Revista
DCM	Disfunção Cerebral Mínima
DDA	Distúrbio de Défice de Atenção
DHDA	Distúrbio Hiperativo e Défice de Atenção
DSM- III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition
DSM- IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - Text Revision
IVA	Teste de desempenho contínuo Integrado Visual e Auditivo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHDA	Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção
SHI	Síndrome Hiperkinética Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPO	Serviço de Psicologia e Orientação
TVA	Teste de Variáveis de Atenção



## Índice Geral

Resumo .....	iv
Abstract.....	v
Dedicatória .....	vi
Agradecimentos .....	vii
Lista de Abreviaturas.....	viii
Índice Geral .....	ix
Índice de tabelas .....	xii
Índice de gráficos .....	xiv
Índice de anexos .....	xvi
Introdução.....	17
Parte I - Revisão Teórica .....	21
Capítulo 1. O conceito Hiperatividade e as suas caraterísticas .....	21
1.1 O que é a PHDA?.....	21
1.2 Evolução histórica do conceito .....	24
1.3 Prevalência.....	30
1.4 Etiologia/Causas da PHDA.....	34
1.5 Caraterísticas da PHDA .....	39
1.6 Interação com outros problemas .....	46
1.7 Que outros problemas podem levar à suspeição errada da PHDA?.....	59
1.8 Hiperatividade ou indisciplina? .....	60
1.9 Indicadores de PHDA em momentos evolutivos distintos .....	61
1.9.1 A PHDA nas diferentes fases da vida.....	61
1.9.2 Em que idade se deve intervir?.....	64
1.10 Critérios de diagnóstico .....	67
1.11 Modelos de intervenção .....	71
1.12 Formas/ Instrumentos de avaliação.....	84
1.13 Intervenientes no processo.....	89
1.14 Uma proposta para o ensino de crianças com PHDA .....	113

1.15 Que impacto pode ter a PHDA?.....	116
Capítulo 2. O Jogo.....	117
2.1 Definição de jogo.....	117
2.2 A origem do jogo.....	118
2.3 O valor do jogo e as suas regras.....	119
2.4 O Jogo a sua Pedagogia e Psicologia.....	121
2.4.1 A Pedagogia do Jogo Didático .....	121
2.4.2 A psicologia do jogo infantil .....	123
2.5 As Funções do Jogo .....	125
2.5.1 O jogo como fator educativo .....	125
2.5.2 O Jogo como Fator de Desenvolvimento .....	127
2.5.3 O Jogo como assimilação da realidade.....	128
2.5.4 O jogo como comunicação .....	128
2.5.5 O jogo como ação motivada intrinsecamente.....	129
2.5.6 O jogo como solução de conflitos .....	129
2.5.7 O Jogo como Forma de Avaliação .....	129
2.6 Os vários tipos de jogos .....	131
2.6.1 Os jogos na escola .....	131
2.6.2 Os jogos de grupo .....	131
2.7 Exemplos de alguns jogos a realizar com crianças com PHDA .....	133
Parte II – ESTUDO EMPÍRICO .....	145
Capítulo 1. Objetivos e hipóteses .....	145
Capítulo 2. Método .....	148
2.1 Amostra.....	148
2.2 Instrumentos.....	148
2.3 Procedimento .....	149
Capítulo 3. Resultados.....	149
Capítulo 4. Discussão dos resultados .....	179
Conclusão .....	187
Linhas futuras de investigação .....	190
Referências Bibliográficas.....	191

Bibliografia.....	194
Anexos.....	196

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Grupo I - Dados Pessoais - Sexo .....	149
Tabela 2 - Idade .....	150
Tabela 3 - Grupo II - Dados profissionais - Tempo de Serviço .....	151
Tabela 4 - Situação Profissional .....	152
Tabela 5 - Formação Profissional .....	153
Tabela 6 - Grau Acadêmico .....	154
Tabela 7 - Possui Especialização em Educação Especial? .....	155
Tabela 8 - Experiência Profissional - Tem ou já alguma vez teve alunos com NEE integrados nas suas turmas? .....	156
Tabela 9 - Grupo III - A importância do jogo em crianças hiperativas - A hiperatividade verifica-se com mais frequência nos rapazes do que nas raparigas .....	157
Tabela 10 - A criança hiperativa tem dificuldade para organizar as tarefas e atividades. ....	158
Tabela 11 - Acha as crianças hiperativas agressivas? .....	159
Tabela 12 - Acha que as crianças são hiperativas porque têm ou já passaram/viveram algum problema? .....	160
Tabela 13 - A criança hiperativa apresenta baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que as suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização e baixa autoestima? .....	161
Tabela 14 - A criança hiperativa sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentada? .....	162
Tabela 15 - A criança hiperativa perde coisas necessárias para as atividades lúdicas? .....	163
Tabela 16 - A criança hiperativa é aceite na sala de aula pelos colegas? .....	164
Tabela 17 - A criança hiperativa é aceite pela comunidade escolar? .....	165
Tabela 18 - Os pais são ativos e colaboram na educação do filho quando este tem hiperatividade na sua escola? .....	166
Tabela 19 - A criança hiperativa revela dificuldades a nível de aprendizagem? .....	167
Tabela 20 - A criança hiperativa tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma? .....	168
Tabela 21 - A criança hiperativa consegue fazer silêncio quando lhe é pedido? .....	169
Tabela 22 - A criança hiperativa está mais atenta com atividades mais lúdicas? .....	170

Tabela 23 - A criança hiperativa controla melhor o seu comportamento quando aprende a partir do jogo?.....	171
Tabela 24 - A criança hiperativa cumpre as regras do jogo?.....	172
Tabela 25 - A criança hiperativa consegue chegar até ao fim da tarefa quando é realizada a partir de um jogo?.....	173
Tabela 26 - A criança hiperativa sabe comportar-se em grupo? .....	174
Tabela 27 - A criança hiperativa responde às perguntas de forma mais assertiva quando é feito através do jogo?.....	175
Tabela 28 - A criança hiperativa consegue fazer várias atividades ao mesmo tempo? .....	176
Tabela 29 - Acha que o jogo estimula a criança de forma clara e positiva? .....	177

## Índice de gráficos

Gráfico 1 - Grupo I - Dados Pessoais - Sexo.....	150
Gráfico 2 - Idade.....	151
Gráfico 3 - Grupo II - Dados profissionais - Tempo de Serviço .....	152
Gráfico 4 - Situação Profissional.....	153
Gráfico 5 - Formação Profissional.....	154
Gráfico 6 - Grau Acadêmico .....	155
Gráfico 7 - Possui Especialização em Educação Especial?.....	156
Gráfico 8 - Experiência Profissional - Tem ou já alguma vez teve alunos com NEE integrados nas suas turmas?.....	157
Gráfico 9 - Grupo III - A importância do jogo em crianças hiperativas - A hiperatividade verifica-se com mais frequência nos rapazes do que nas raparigas.....	158
Gráfico 10 - A criança hiperativa tem dificuldade para organizar as tarefas e atividades. ....	159
Gráfico 11 - A criança hiperativa tem dificuldade para organizar as tarefas e atividades. ....	160
Gráfico 12 - Acha que as crianças são hiperativas porque têm ou já passaram/viveram algum problema? .....	161
Gráfico 13 - A criança hiperativa apresenta baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que as suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização e baixa autoestima? .....	162
Gráfico 14 - A criança hiperativa sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentada? .....	163
Gráfico 15 - A criança hiperativa perde coisas necessárias para as atividades lúdicas? .....	164
Gráfico 16 - A criança hiperativa é aceite na sala de aula pelos colegas? .....	165
Gráfico 17 - A criança hiperativa é aceite pela comunidade escolar?.....	166
Gráfico 18 - Os pais são ativos e colaboram na educação do filho quando este tem hiperatividade na sua escola? .....	167
Gráfico 19 - A criança hiperativa revela dificuldades a nível de aprendizagem? .....	168
Gráfico 20 - A criança hiperativa tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.....	169

Gráfico 21 - A criança hiperativa consegue fazer silêncio quando lhe é pedido?.....	170
Gráfico 22 - A criança hiperativa está mais atenta com atividades mais lúdicas? .....	171
Gráfico 23 - A criança hiperativa controla melhor o seu comportamento quando aprende a partir do jogo? .....	172
Gráfico 24 - A criança hiperativa cumpre as regras do jogo? .....	173
Gráfico 25 - A criança hiperativa consegue chegar até ao fim da tarefa quando é realizada a partir de um jogo?.....	174
Gráfico 26 - A criança hiperativa sabe comportar-se em grupo? .....	175
Gráfico 27 - A criança hiperativa responde às perguntas de forma mais assertiva quando é feito através do jogo? .....	176
Gráfico 28 - A criança hiperativa consegue fazer várias atividades ao mesmo tempo?177	
Gráfico 29 - Acha que o jogo estimula a criança de forma clara e positiva? .....	178
Gráfico 30 - Evolução diária das respostas ao questionário.....	178

## **Índice de anexos**

Anexo A - Evolução do conceito.....	196
Anexo B - Quadro com Índice de hiperatividade para pais e professores, de Conners.....	197
Anexo C - Quadro sobre o Desenvolvimento neuromotor infantil. ....	198
Anexo D - Quadro sobre Sintomas comportamentais da hiperatividade infantil.....	198
Anexo E - Quadro sobre a escala para companheiros e para si mesmo. ....	200
Anexo F - Quadro com perguntas chave para detetar a hiperatividade.....	200
Anexo G - Quadro com tarefas do teste discriminativo neurológico rápido. ....	201
Anexo H - Quadro com os procedimentos para avaliar a atenção.....	201
Anexo I - Questionário realizado.....	203



## Introdução

“Espertos, hiperativos, traquinas, inquietos, diabinhos e autênticas pestinhas”, uma frase com a maioria dos adjetivos usados para caracterizar crianças, que de uma forma ou de outra, aparentam ter uma fonte de energia interminável. São pequenos “diabinhos” que aparentam estar permanentemente em movimento, que não conseguem ficar parados mesmo que lhes digam ou façam uma força enorme para que isso aconteça. Nem os pais destas crianças conseguem fazer com que elas permaneçam quietas e sossegadas. Aliás, são os pais que mais sofrem com este comportamento, são eles que sofrem de maior *stress* psicológico com elas. De um lado estão os professores, os familiares e a sociedade que fazem um esforço para conseguir um comportamento mais calmo e sereno dos seus filhos, e do outro está a criança que se mostra resistente e renitente a todos os tipos de tentativa e possibilidade para mudar a sua atitude.

As crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) acabam por ser esgotantes para todos os que convivem com ela, seja na escola ou em casa. As rotinas são extremamente importantes e revelam-se fundamentais para este tipo de crianças pois contribuem para o desenvolvimento de noção de ordem e sequência. Mesmo assim, se não forem adotadas medidas terapêuticas, coloca-se em causa o desenvolvimento equilibrado da sua personalidade.

Este trabalho compõe-se de duas partes. Uma primeira parte diz respeito à revisão da literatura relativa à PHDA, e a segunda parte comporta o estudo empírico. A primeira parte divide-se em dois capítulos. No primeiro capítulo abordamos o conceito e as características da PHDA, onde se tecem considerações de cariz teórico e se apresentam perspectivas de vários autores que pretendem dar uma visão geral da problemática. Ao fazer-se uma revisão da literatura nacional e internacional, encontramos-nos em posse de dados que nos permitem tecer um quadro conceitual mais abrangente e compreensivo. Tentamos enquadrar o conceito atual da PHDA, depois de olharmos para toda uma evolução histórica ao nível dos conceitos, evidenciando as diferentes perspectivas. Salientamos o facto de ainda não haver um consenso sobre o mesmo nos diferentes manuais de diagnóstico. De seguida, será feita uma abordagem relativa à prevalência e à etiologia, abordando mais uma vez a disparidade de informação relativamente ao primeiro aspeto e fazendo uma análise construtiva relativa às diferentes abordagens e

concepções etiológicas. Abordaremos em seguida, as principais dimensões da PHDA, baseando-nos fundamentalmente na caracterização feita pela Associação Americana de Psiquiatria (2002) através do *Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*.

Os problemas associados à PHDA e as causas serão abordados de um modo sumário, apontando para os principais dados evidenciados na literatura. Posteriormente aos problemas pretendemos clarificar aspetos relativos à avaliação e intervenção da PHDA. Será feita uma revisão sobre as metodologias e técnicas utilizadas na avaliação e diagnóstico da problemática, seguindo-se um levantamento dos principais intervenientes no processo e explorando o seu papel, quer ao nível do diagnóstico quer da intervenção. A este nível especificamente, serão abordadas e clarificadas as diferentes abordagens interventivas, desde a farmacológica até à comportamental, terminando na multimodal. O diagnóstico será também abordado neste capítulo. No momento final deste, será feita uma análise da inclusão dos alunos com PHDA em contexto escolar e uma abordagem mais aprofundada das diferentes estratégias e metodologias a seguir numa sala de aula.

Além das competências técnicas que são exigidas aos professores, a escola, ao abrir as suas portas às crianças portadoras de deficiências, na promoção da verdadeira escola inclusiva, deve disponibilizar meios, estratégias e apoios que lhes proporcionem um desenvolvimento harmonioso e dentro das suas capacidades. A inclusão tem inúmeras vantagens no que respeita às aprendizagens de todos os alunos, principalmente para os portadores de deficiência uma vez que tem por propósito facultar uma educação idêntica e de qualidade (cf. Correia, 2005).

“Encaro o TDAH como um transtorno do desenvolvimento da capacidade de regular o comportamento com um olho voltado ao futuro. Acredito que o transtorno tenha sua base numa área do cérebro com subactividade que, enquanto amadurece, fornece meios crescentes de inibição comportamental, de auto-organização e previsão. Relativamente escondida da vista no comportamento corriqueiro de uma criança, a deformidade comportamental causada por essa subactividade é perniciosa, insidiosa e desastrosa em seu impacto na capacidade de uma pessoa lidar com seus afazeres diários críticos, através dos quais os seres humanos preparam seu futuro, próximo e distante” (Barkley, 2002: 40).

No segundo capítulo será feita uma reflexão sobre o jogo, onde se pretende evidenciar o papel primordial deste no desenvolvimento intelectual da criança.

Neste momento abordaremos a definição de jogo e a sua origem, bem como o seu valor e importância no processo educativo de uma criança. Após apresentarmos uma possível

definição, iremos enumerar as funções do jogo e os vários tipos, como também apresentar alguns jogos interessantes para realizar com crianças hiperativas, uma vez que o jogo sendo didático desenvolve várias áreas do saber.

Através do jogo é nosso objetivo despertar na criança hiperativa o gosto pelo estudo, como também dar uma panorâmica geral na situação de jogo, tanto num âmbito global como no que diz respeito à escola. Tenta-se mostrar que apesar do caráter essencialmente lúdico, o jogo também tem muito de pedagógico. Pretende-se com o desenvolvimento e sucessiva atualização dos jogos, desenvolver as capacidades e destrezas motoras nas crianças e de certo modo cativar as hiperativas.

Deve ser intento do professor o desenvolvimento de novas estratégias e jogos que possibilitem o desenvolvimento intelectual e cognitivo da criança, bem como a regulação de comportamentos.

Pretende-se com os jogos didáticos que as crianças com hiperatividade consigam um maior aproveitamento quando comparadas com alunos ditos normais.

No jogo existe a interação dos alunos entre si e o desenvolvimento de novas atitudes e saberes.

Barros (2002:73) refere que

“é importante considerar que o brinquedo proporciona à criança um desenvolvimento da imaginação e da criatividade e, paralelamente, possibilita a prática da capacidade de concentração, atenção e engajamento (...) desta forma, o jogo proporciona o treino das capacidades deficitárias das crianças hiperativas e, consequentemente conduz a resultados satisfatórios em outras habilidades de desenvolvimento.”(www.ieps.org.br).

Na segunda parte do nosso trabalho, e após o enquadramento teórico inicial, apresenta-se o estudo empírico desenvolvido. Num primeiro capítulo, começa-se por delinear os objetivos e hipóteses do estudo. O segundo capítulo faz referência ao método, no qual faremos uma descrição da nossa amostra, dos instrumentos utilizados e do procedimento seguido. No terceiro capítulo serão apresentados os resultados e, no quarto, proceder-se-á à discussão dos mesmos. No final surge a conclusão do nosso trabalho, onde apresentamos as considerações finais acerca do estudo realizado, apontando algumas limitações, implicações e sugestões para estudos futuros.

O desenvolvimento da criança desde o tempo que deixa de ser bebé até evoluir e começar a transformar-se em adulto é resultado quer das condições biológicas quer

das condições proporcionadas pela sociedade. Neste processo de desenvolvimento, a criança passa por diferentes etapas nas quais a sua forma de agir, pensar e sentir, sucedem e se transformam segundo a sua capacidade de aprender com as oportunidades que lhe são proporcionadas. A contribuição do professor nesse processo de aprender é fundamental, visto que o desenvolvimento da sua capacidade de aprendizagem está diretamente relacionado com as experiências educacionais que vive, sobretudo no ensino regular.

Assim sendo, o professor é o responsável pelo processo de introdução do aluno no ensino regular, bem como pelo seu sucesso. Como tal este trabalho terá como intuito, de alguma forma, ajudar a tornar o mundo mais justo e responsável.

## **Parte I - Revisão Teórica**

### **Capítulo 1. O conceito Hiperatividade e as suas características**

#### **1.1 O que é a PHDA?**

A PHDA é uma problemática que tem diversos termos pelos quais é conhecida. A literatura, por norma, refere a PHDA meramente como hiperatividade. Mas no entanto outros termos como hipercinesia, disfunção cerebral mínima ou lesão cerebral, síndrome hiperkinética da infância, problemas de comportamento, perturbações hiperkinéticas, entre outros, são também usados para referir um repertório comportamental comum.

Para Rodhe e Benczic (1999) trata-se de um problema de saúde mental que compreende três características basilares a desatenção, a agitação e a impulsividade. (<http://jogando.brincando.blogspot.com>).

Por sua vez Falardeau (1999) define hiperatividade por uma diminuição ou ausência de controlo no indivíduo que dela padece. Insiste na palavra controlo pois este encontra-se na própria base do problema. O hiperativo é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento. Não se trata de uma falta de vontade, mas de uma inexistência de controlo.

Lorente e Ávila (2004) afirmam que a hiperatividade infantil é uma perturbação da conduta, de origem neurológica e que nem sempre progride favoravelmente. Os problemas psicológicos e sociais que habitualmente acompanham a hiperatividade são sua consequência e não constituem a origem do problema.

Segundo Nielsen (1999) as desordens por défice de atenção sem que lhes esteja relacionada hiperatividade (DDA) e aquelas em que a hiperatividade se manifesta (DDAH) são desordens a nível de desenvolvimento que decorrem em problemas de atenção, em impulsividade e nalguns casos em hiperatividade.

Na perspetiva de Barkley (2002:35)

“o transtorno de défice de atenção / hiperatividade, ou THDA, é um transtorno de desenvolvimento do autocontrolo que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controlo do impulso e com o nível de atividade. Esses problemas

são refletidos em prejuízos na vontade da criança ou na sua capacidade de controlar o seu próprio comportamento relativo à passagem do tempo, em ter em mente futuros objetivos e consequências. Não se trata apenas, como outros livros irão dizer, de uma questão de estar desatento ou hiperativo. Não se trata apenas de um estado temporário que será superado, de uma fase probatória, porém normal, da infância. Não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim como não é o sinal de algum tipo de maldade da criança. O transtorno de déficit de atenção / hiperatividade é um transtorno real, um problema real e, frequentemente, um obstáculo real. Ele pode ser um desgosto e uma irritação”.

De acordo com Parker (2003:8) “a desordem por déficit de atenção (DDA) é um distúrbio neurobiológico. Caracteriza-se pelo inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e/ou hiperatividade”.

Para Sosin (2006:8) “a desordem por déficit de atenção ou DDA é uma perturbação genética do foro neurobiológico que se torna evidente na primeira infância e que normalmente continua a manifestar-se ao longo da vida da pessoa que dela padece. Ainda que a DDA se possa manifestar de muitas maneiras diferentes de pessoa para pessoa, caracteriza-se essencialmente pela dificuldade em manter a atenção e a concentração.”

Safer e Allen (1979 cit. por Garcia, 2001) pensam que se trata de um distúrbio que é causado por um atraso no desenvolvimento, que constitui um padrão de comportamento constante, caracterizado pela perturbação e pela falta de atenção excessivas e que se expressa em situações que exigem inibição motora.

De todos os termos usados até ao momento, podemos dizer que a Perturbação da Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA), parece ser a expressão que se está a generalizar entre nós, uma vez que é a mais utilizada e adotada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), no seu Manual de Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais, publicado em 2002 (DSM-IV-TR), para referir indivíduos que apresentam comportamentos hiperativos, que têm dificuldade em dar atenção às tarefas e que têm a propensão para ser impulsivos.

Sendo assim e de acordo com o DSM-IV-TR da Associação Americana de Psiquiatria (2002:85), a PHDA caracteriza-se por um "padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento".

Em termos práticos, podemos dizer que uma criança com PHDA demonstra na sua vida diária certos padrões comportamentais em que a atividade motora é deveras acentuada e inadequada ou até mesmo excessiva. São crianças que mostram muita dificuldade em permanecer no seu lugar, que estão constantemente a mexer ou baloiçar, e que mantêm um relacionamento difícil com os colegas intrometendo-se nas suas brincadeiras, além que não prestam atenção devida e precipitam na maioria das vezes as respostas. Contudo, nenhuma destas exteriorizações deve ser confundida com má educação ou faltas de comportamento casuais.

Uma criança com PHDA manifesta sinais de desenvolvimento inadequado, em relação à sua idade mental e cronológica, nos domínios da atenção, da impulsividade e da atividade motora.

Segundo Lopes (2004) a PHDA é uma perturbação biopsicossocial, ou seja, exibe dimensões do foro genético, biológico, social e vivencial que ajudam para a sua intensidade. Agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência e preguiça são algumas das características atribuídas a estas crianças.

Para Rief e Heimburge (2000) a PHDA é uma “ineficácia neurológica”, na área do cérebro responsável pelos impulsos, estímulos sensoriais e atenção.

A Associação Portuguesa da Criança Hiperativa (s/d) por sua vez entende a PHDA como tendo um carácter crónico e a sua etiologia assenta numa base genética e neurológica. As pessoas, principalmente crianças e adolescentes, com esta perturbação apresentam um grave problema ao nível da inibição da atividade e do comportamento, bem como uma grave dificuldade em prestar atenção às tarefas propostas. Estas alterações não estão em consonância com o nível de desenvolvimento do indivíduo. A PHDA deve surgir nos diferentes contextos da vida (principalmente em casa e na escola) e interferir de modo significativo no funcionamento diário, levando ao aparecimento de consequências várias, como fraco rendimento escolar, dificuldades no relacionamento com os pares e maior propensão a acidentes. Este problema pode atravessar a vida de uma pessoa e chegar à vida adulta, podendo provocar conflitos familiares, conjugais e profissionais. Para não se chegar a esta situação, deverá existir uma intervenção adequada, desde que surtem os primeiros sintomas. ([www.profala.com](http://www.profala.com)).

## 1.2 Evolução histórica do conceito

Embora seja consensual que Still (1902, cit. por Lopes, 1998) foi quem primeiro identificou a síndrome atualmente conhecida como PHDA, as referências a este tipo de problemática surgem já nos finais do século XIX na Europa. As primeiras descrições dos sintomas que sugerem este tipo de perturbação encontram-se em vários estudos realizados quer na Irlanda, quer na Inglaterra ou na França. A hiperatividade era vista como sintoma dos atrasos mentais, de crianças muito instáveis com falta de atenção e descoordenação motora excessiva. De facto, em 1860 as crianças com os sintomas característicos da hiperatividade eram então referenciadas como portadoras da “deficiência da consciência moral”. Também encontramos referências à PHDA nos poemas de um médico alemão, em 1865, que fazia referência a uma criança específica “Fidgety Phil”, que era representativa do que frequentemente encontrava na sua atividade profissional (Stewart, 1970, cit. por Barkley, 2008).

Na literatura médica, as primeiras descrições sobre crianças com sintomas de desatenção, impaciência, inquietação e indisciplina foram apresentadas por Still (1902, cit. por Lopes, 1998) que definiu o problema como um defeito de conduta moral, focando que estas crianças exibiam um grande “défice de controlo moral” no seu comportamento, revelando-se como crianças agressivas, desafiantes, indisciplinadas e com problemas em controlar os seus impulsos. Durante um período de tempo, a perspectiva de Still foi corroborada por várias investigações. E esta foi a primeira de várias terminologias que têm surgido em torno desta síndrome e que são representativas das sucessivas mudanças na abordagem teórica e concetual, ao longo do tempo.

Contudo, devido à fraqueza das explicações etiológicas de Still, esta é ultrapassada por outros clínicos que associam as descrições do autor a lesões e/ou afeções do sistema nervoso central (Meyer, 1904; Hohman, 1992; Goldstein, 1936; Bender, 1942, cit. por Lopes, 1998). Deste modo, é só no ano de 1947 que o autor Strauss e os seus colaboradores apresentam o quadro clínico para esta síndrome, considerando que a hiperatividade estava manifestamente associada aos comportamentos, ao nervosismo e ao nível de atividade como sintomas de lesão cerebral. No ano de 1979, os autores Safer e Allen (cit. por Vásquez, 1997) vêm contrapor esta ideia, concebendo a hiperatividade



como um problema comportamental em que a sua característica principal era uma atividade motora excessiva.

Vallet (1986 cit. por Vásquez, 1997) considera a hiperatividade como uma síndrome que engloba as seguintes alterações:

- ✓ movimento comportamental excessivo;
- ✓ impulsividade;
- ✓ atenção dispersa;
- ✓ inconstância nas respostas;
- ✓ emotividade;
- ✓ coordenação motora pobre;
- ✓ dificuldades de aprendizagem.

Weiner (1982 cit. por Lopes, 1998) refere que é possível encontrar-se as primeiras referências ao que é denominado vulgarmente por hiperatividade, mais concretamente designado por distúrbio hiperativo de défice de atenção na segunda metade do século XIX.

Nos anos 50 o conceito de lesão cerebral deu lugar à de perturbação comportamental hipercinética (Laufer e Denhoff, 1957 cit. por Lopes, 1998) que seria causada por lesão ou disfunção do diencéfalo. Este conceito anuncia a noção de disfunção cerebral mínima (DCM) elaborada por Clements e Peters (1962) com base no trabalho de Strauss (1962), Lehtinen (1947), Kennard (1960 cit. por Lopes, 1998). Para estes autores, a disfunção cerebral mínima podia ser definida a partir da manifestação de um conjunto de sinais, incluindo défices específicos de aprendizagem, hipercinésia, impulsividade e níveis de atenção baixos e podia ser confirmada pela descoberta de sinais neurológicos equívocos e de EEGs irregulares ou quase regulares.

Com o decorrer do tempo, o conceito de DCM sofre várias críticas que enfatizam o seu fraco valor para a intervenção, bem como a ausência de critérios de diagnósticos precisos. Mais tarde (Werry, 1968; Werry e Sprague 1968; Wender, 1971, cit. por Lopes, 1998) atribuem à hiperatividade uma reação hipercinética na infância uma vez que estabelecem a atividade motora como a componente essencial do distúrbio, passando assim a ser designada por Reação Hipercinética da Infância.

Na década de 70, evidencia-se um esforço na elaboração de critérios de diagnósticos mais precisos. De tal modo, o autor Douglas (1972 cit. por Lopes, 1998) refere a

necessidade de se considerar a desatenção e a impulsividade como os problemas mais persistentes da perturbação. Cantwell (1983), Douglas e Peters (1979 cit. por Lopes, 1998) reafirmam a importância dos problemas de atenção. Como resultado dessas pesquisas, o DSM-III (1980 cit. por Lopes, 1998) reconsidera a reação hipercinética da infância para dar lugar ao distúrbio de déficit de atenção (DDA). Nesta definição os problemas de atenção assumem papel preponderante e a atividade motora assume um papel secundário. Dentro da DDA existe o distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade (DDA+H) e o distúrbio de déficit de atenção sem hiperatividade (DDA-H).

Durante os anos 80 existe ainda um aperfeiçoamento maior dos critérios de pesquisa da década anterior. Barkley (1982 cit. por Lopes, 1998) apresenta uma definição mais operacional de DDA+H e Loney (1983 cit. por Lopes, 1998), diferencia os sintomas do DDA+H dos da agressão ou problemas de conduta. Foi importante de igual forma a tentativa de identificar novas formas de subclassificar o DDA+H para além das baseadas na presença ou ausência de hiperatividade. Assim, distinguem-se crianças que sofrem de DDA com e sem problemas de aprendizagem e mostra-se que alguns dos défices cognitivos (memória verbal, inteligência, entre outros), antes atribuídos ao DDA+H eram na realidade mais uma função das dificuldades de linguagem/leitura do que do DDA+H (Mcgee, Williams, Moffitt, Andersen, 1989 cit. por Lopes, 1998).

Outros autores tentaram distinguir entre hiperatividade “difusa” e “situacional”. Referindo-se a primeira à presença de hiperatividade em casa e na escola, enquanto a segunda se refere à presença em apenas um destes contextos. A difusibilidade tornou-se assim numa variável útil para a subclassificação ou diagnóstico do DDA+H que o DSM-III-R (1987 cit. por Lopes, 1998) viria a incorporar como sinal de severidade do DHDA. O DSM-III-R de 1987 não reconhece o DDA-H como um subtipo do DDA, relegando-o para uma categoria mal definida denominada distúrbio indiferenciado por déficit de atenção (DIDA) à falta de estudos mais concludentes. No DSM-III-R são ainda revistos os critérios que definiam o DDA e o seu nome mudado para distúrbio hiperativo de déficit de atenção. A associação americana de psiquiatria considera como sintomas básicos da hiperatividade o déficit de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. No DSM-IV (APA, 1994), mantém-se a designação de DHDA com três possíveis subtipos:

- ✓ desordem por défice de atenção/hiperatividade do tipo predominantemente caracterizado pela Desatenção;
- ✓ desordem por défice de atenção/hiperatividade do tipo predominantemente caracterizado pela Hiperatividade-Impulsividade;
- ✓ desordem por défice de atenção/hiperatividade do tipo Misto.

Este último é o que é mais frequentemente diagnosticado e combina a hiperatividade com a impulsividade e a falta de atenção.

Para o diagnóstico desta perturbação, o DSM-IV-TR (2002) descreve nove sintomas de falta de atenção e nove sintomas de hiperatividade-impulsividade. Os sintomas descritos podem, em algum momento, ser observados em qualquer criança, fruto da sua natural inquietude, o que não quer dizer que ela sofre de qualquer perturbação. Devem por isso, ser seguidos os critérios de diagnósticos referidos ao longo deste trabalho. No entanto, embora a hiperatividade infantil seja reconhecida pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria como Perturbação por défice de atenção com hiperatividade, esta inclui agora uma nova categoria designada como perturbação por défice de atenção indiferenciada. Nesta designação são incluídas todas as crianças com um problema grave de atenção, mas sem hiperatividade motora.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiando-se na classificação internacional de doenças (CID-10, 1993) entende que se trata de um grupo de perturbações hipercinéticas caracterizadas pelo surgimento precoce e pela combinação de comportamentos hiperativos escassamente modelados, com uma marcada falta de atenção e de continuidade nas tarefas. Estes problemas apresentam-se em situações variadas e persistem ao longo do tempo.

Os princípios para o diagnóstico dos distúrbios hipercinéticos são os seguintes:

- ✓ presença conjunta de défice de atenção e hiperatividade em mais do que uma situação ambiental;
- ✓ perturbação da atenção que se caracteriza por uma interrupção prematura da execução das tarefas e pela conclusão incompleta das atividades;
- ✓ hiperatividade por supor uma inquietude excessiva em situações que exigem inibição motora.

Os critérios a partir dos quais é possível determinar se a atividade é ou não excessiva são a avaliação do contexto e do comportamento que se considera normal, tendo em

conta a idade e o QI da criança e os traços associados, se bem que não suficientes nem necessários ao diagnóstico de distúrbios hipercinéticos, tais como a desinibição na relação social, a falta de condutas de precaução em situações de perigo e o incumprimento de determinadas normas sociais.

Portanto, o diagnóstico da hiperatividade fundamenta-se nos seguintes aspetos:

- ✓ presença conjunta de sintomas básicos: falta de atenção, inquietude e mobilidade excessiva;
- ✓ estimativa da gravidade dos problemas, tomando como referência a idade e o nível intelectual da criança;
- ✓ avaliação do carácter permanente ou situacional das alterações;
- ✓ observação direta dos sintomas;
- ✓ ausência de psicose e distúrbio afetivo;
- ✓ início precoce e persistência temporal dos sintomas.

Atualmente sabemos que nem todas as pessoas com DDA são hiperativas. Sendo assim as que têm hiperatividade são diagnosticadas como tendo Desordem por Défice de Atenção com Hiperatividade ou DDAH.

Todas estas dificuldades concetuais em definir um termo específico se ficam a dever às diferentes perspetivas apresentadas pela OMS e pela APA, bem como a vários estudos epidemiológicos, realizados em vários países, com resultados contraditórios. Apenas com a publicação da DSM-IV (1994), que apresenta critérios de diagnóstico mais parecidos à DSM-III, é que parece que começa a existir um maior consenso e maior aceitação dos critérios de diagnóstico, aceites até hoje.

Barkley (1990 cit. por Lopes, 1998) define PHDA como um distúrbio de desenvolvimento caracterizado por graus de desenvolvimento inapropriados de desatenção, sobre atividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância, são de carácter relativamente crónico e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas de linguagem ou motores, atraso mental ou distúrbio emocional grave. Estas dificuldades estão associadas a défices de autorregulação do comportamento e da manutenção de um padrão consistente de regulação ao longo do tempo.

Desde o início do ano 2000 até aos nossos dias, investigações em vários campos têm contribuído com importantes novidades, promovendo desenvolvimentos relativos à PHDA em áreas como a etiologia e o tratamento da mesma, principalmente. Existem três grandes perspectivas, a Francesa, a da OMS e a Americana. Esta última, principalmente, com os contributos da APA, é a mais aceite e segundo a qual iremos nos direcionar ao longo deste trabalho. Privilegiaremos a informação veiculada no DSM-IV-TR, por ser este o manual mais utilizado por profissionais de saúde mental, uma vez que a CID-10 é um padrão internacional de classificação de diagnóstico para uma ampla variedade de condições de saúde, sendo que o DSM-IV-TR está direcionado para a saúde mental e a CID-10 para a saúde em geral.

Segundo a APA (2002), a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), é um dos problemas de desenvolvimento na infância e da adolescência sobre o qual se têm debruçado diversos estudiosos, uma vez que este é o transtorno com maior impacto a nível das salas de aula. A PHDA é um distúrbio neurobiológico que se qualifica por um inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos por impulsividade e/ou hiperatividade. A atual definição da APA, na DSM IV-TR (2002) é uma das definições, atualmente mais aceites, inclusivamente, na Europa.

Muitos investigadores acreditam que o PHDA é um problema de desequilíbrio químico no cérebro e estudos recentes somados à aparente melhora obtida através da psicofarmacologia parecem confirmar esta hipótese.

Segundo várias pesquisas os cérebros de pessoas com PHDA têm um consumo de energia cerca de 8% menor do que o normal e que as áreas mais afetadas são os lobos pré-frontais e pré-motores que são responsáveis pela regulação e controle do comportamento, dos impulsos e dos atos baseados nas informações recebidas de áreas mais primitivas do cérebro como o tálamo e sistema límbico. Assim, ficou claro que a PHDA estava realmente associada a alterações do metabolismo cerebral, acabando definitivamente com a dúvida sobre a real existência da PHDA e sua ligação biológica.

A PHDA é uma problemática que começa por criar dificuldades na aprendizagem bem como na adaptação da criança ao meio envolvente nos seus primeiros anos de vida e que, na grande maioria dos casos, se prolonga pela sua vida adulta. Não pode pois ser considerada como apenas uma condição do ser criança que se ultrapassa com o amadurecimento. É uma perturbação do desenvolvimento que afeta quer o

comportamento, quer a atenção, bem como o autocontrole. Tem uma base essencialmente neuropsicológica e os fatores genéticos conjugam-se com as experiências da pessoa no seu meio ambiente, para moldar o seu comportamento e a forma como enfrenta e se integra na vida, no seu dia a dia, em sociedade.

Barkley (2008) define PHDA como um distúrbio do desenvolvimento, caracterizado por níveis desajustados de atenção, atividade e impulsividade. Surgem por regra, no início da infância e são de carácter relativamente crónico, podendo se dever a inúmeros fatores tais como, lesão neurológica, défice sensorial, problema no desenvolvimento mental e perturbação emocional grave. Além disto, a PHDA, é do mesmo modo um distúrbio genético, coexistente com um metabolismo deficiente ao nível dos neurotransmissores. Este problema interfere com a atividade cerebral, a qual comanda o centro de inibição do comportamento, a auto-organização, o autocontrole e a capacidade para deduzir o futuro, originando graves dificuldades no que respeita à gestão eficaz dos aspetos críticos que surgem no dia a dia. (Ver Anexo A - Evolução do conceito).

### **1.3 Prevalência**

As crianças com esta problemática representam uma população muito heterogénea, que apresenta uma grande variação quanto à sintomatologia, quanto à idade de diagnóstico, quanto à prevalência dos sintomas em distintos contextos e na medida em que subsistem outras desordens associadas à PHDA (Barkley, 2008).

A prevalência da PHDA tem variado ao longo da história, tal como aconteceu com o seu conceito.

De acordo com os especialistas nesta matéria estima-se que 3% a 10% das crianças em idade escolar apresentam PHDA o que significa, que em cada aula do primeiro ano de escolaridade com mais de vinte alunos, em média encontra-se uma a duas crianças vítimas desta doença.

Segundo os dados da APA (1994), estima-se que 3% a 5% das crianças em idade escolar sofrem de PHDA e 5% a 10% apresentam esses sintomas em menor número continuando, no entanto, a interferir na aprendizagem e a afetar o rendimento escolar.

Segundo Parker (2003), estima-se que nos Estados Unidos da América, a PHDA afete 3% a 5% das crianças em idade escolar, e que o número de rapazes ultrapasse de forma significativa o das raparigas com a mesma desordem. Os rapazes que apresentam esta desordem tendem a ser mais hiperativos, impulsivos e disruptivos do que as raparigas com PHDA, portanto podem ser mais facilmente identificados.

Para os autores Lorente e Ávila (2004), a hiperatividade é considerada a perturbação infantil mais frequente. Assim, se o atraso mental se aplica a 1% da população total, considerando adultos e crianças, a percentagem das crianças em idade escolar que sofrem de hiperatividade é de 3% a 5%. Por cada criança com atraso mental encontramos vinte hiperativas.

Estima-se que aproximadamente entre 3% e 5% (Barkley, 1982; Gutiérrez-Moyano e Becona, 1989; Serrano, 1990 cit. por Garcia, 2001), das crianças escolarizadas são hiperativas, embora outras fontes situem a taxa de prevalência em populações normais até aos 15% e, em amostras clínicas, em cerca de 50% (Whalen e Henker, 1991 cit. por Garcia, 2001).

A incidência de hiperatividade varia também de acordo com as avaliações. Se estas forem realizadas por pais, a taxa é inferior às avaliações realizadas por professores. No entanto, é de salientar que a taxa diminui quando se estabelece rigor na qualificação da hiperatividade, isto é, quando se apresentam condutas como o abandono do lugar a qualquer momento e sem autorização, falta de concentração na mesma atividade, dificuldade em terminar as tarefas e incapacidade de concentração e atenção na sala de aula.

A taxa de prevalência varia também, de acordo com o critério usado para a definição da perturbação. É importante referir a distribuição da presença desta perturbação em ambos os sexos, contudo a hiperatividade afeta cerca de três vezes mais os rapazes que as raparigas.

No diagnóstico dos rapazes estão incluídas alterações como condutas antissociais e agressivas e os problemas de comportamento, o que nos leva ao predomínio da hiperatividade.

No diagnóstico das raparigas os critérios são mais restritos, obedecendo apenas aos sintomas básicos, como o défice de atenção, impulsividade e mobilidade excessiva. Os fatores culturais são fulcrais, na medida em que, as expectativas dos pais e dos

professores variam segundo o sexo. A prevalência pode ser atribuída a diferentes fatores, tais como a raça, etnia e cultura. No entanto outros fatores contribuem para esta diferença. Na verdade os comportamentos que se esperam dos rapazes são diferentes dos esperados pelas raparigas. No entanto, ainda na linha da taxa de prevalência em ambos os sexos, alguns autores apontam as diferenças hormonais ao nível do sistema nervoso central, dado que o sistema de maturação no rapaz é mais lento, fazendo com que este esteja mais vulnerável e influenciável a comportamentos hiperativos.

Segundo a autora Garcia (2001), e apoiando-se em pesquisas de diferentes autores a percentagem de rapazes hiperativos, comparativamente com as raparigas de igual idade, varia entre 3/1 e 9/1 (Whalen, 1986), embora outras estimativas a coloquem em 5/1 (Ross e Ross, 1982). Segundo Serrano (1990 cit. por Garcia, 2001), 8% dos meninos escolarizados são hiperativos, contra apenas 2% das meninas.

Para além das diferenças quantitativas, vários autores assinalam que nos rapazes os comportamentos impulsivos, a atividade excessiva e a falta de atenção persistem durante mais tempo, mantêm-se constantes ao longo dos sucessivos percursos académicos e aumentam com o incremento das exigências escolares.

Os especialistas no tema consideram que as discrepâncias registadas na prevalência deste distúrbio, segundo o sexo, se devem a diversos fatores, entre os quais se salientam a aplicação desigual dos critérios de diagnóstico habitualmente utilizados, a razões educativas/culturais e a diferenças físicas.

No diagnóstico dos rapazes hiperativos, para além dos comportamentos de impulsividade, falta de atenção, entre outros, também se incluem outras alterações, como as condutas antissociais e agressivas e os problemas de comportamento. Isto significa que, no caso dos rapazes, o conceito de hiperatividade que se utiliza e os comportamentos que se consideram alterados se ampliam, pelo que nem só os que apresentam atividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade são diagnosticados como hiperativos, ou seja, muitos rapazes com outros problemas de conduta também são situados no grupo dos hiperativos.

No caso das raparigas, os critérios de diagnóstico utilizam-se de modo mais restritivo, de forma que se consideram hiperativas só aquelas que apresentam os sinais básicos do distúrbio, tais como o défice de atenção, a impulsividade e mobilidade excessiva. Isto



explica porque é que as percentagens de incidência da hiperatividade nos rapazes são maiores em comparação com as raparigas.

É de destacar que no período pré-escolar, existem certos comportamentos indicadores da perturbação. Estas crianças são irrequietas, com forte resistência à realização de tarefas, manifesta problemas de sono, de alimentação, imaturidade na linguagem expressiva e problemas na aquisição de novos conhecimentos.

Com o avançar da idade, algumas características como o excesso de atividade motora diminuem e, outros, como a manifestação de comportamentos antissociais, aumentam.

O processo evolutivo da hiperatividade pode apresentar resultados positivos no que diz respeito à inquietude e falta de atenção e de concentração, mas raramente se verificam avanços na conduta de normas sociais, apresentando deficiente adaptação social, problemas emocionais e dificuldades de aprendizagem.

## 1.4 Etiologia/Causas da PHDA

Durante cerca de cinquenta anos foram propostas várias hipóteses na tentativa de explicar a hiperatividade. Algumas têm ainda hoje os seus adeptos, embora estudos rigorosos tenham claramente demonstrado a sua inexatidão.

No passado, alguns dos profissionais que se dedicavam ao estudo da PHDA tendiam a “culpar” os pais das crianças portadoras desta perturbação, pelo comportamento por elas apresentado. Outros diziam que o problema se ficava a dever a determinados aditivos, conservantes ou açúcares adicionados, que os alimentos continham. No entanto, esta visão "mais popular" da questão não era, de todo, apoiada pelos investigadores. Apesar de os sintomas, em algumas crianças se agravarem, com o consumo de certos alimentos, esta não é a causa principal.

Têm sido avançadas muitas teorias para explicar a causa da PHDA. A maior parte delas foi analisada e verificada cientificamente. Umas foram mais aceites, enquanto outras não. No entanto, uma certeza existe, não há uma única causa aparente para a PHDA.

Para Lopes (2004) apesar da vastíssima quantidade de estudos já efetuados, as razões concretas da PHDA ainda não estão estabelecidas, de modo claro. Salientam-se como causas, diversos fatores genéticos/hereditários, neuroanatômicos/neuroquímicos e ambientais. É de reforçar o carácter multifatorial da PHDA.

Para o autor Barkley (2002), as causas segundo a evidência atual são:

- ✓ lesão cerebral;
- ✓ desenvolvimento anormal do cérebro, podendo dever-se a agentes do meio ambiente tais como à nicotina, a bebidas alcoólicas, à exposição ao chumbo e à hereditariedade;
- ✓ atividade cerebral baixa em relação a indivíduos ditos normais;
- ✓ menor fluxo sanguíneo;
- ✓ baixa atividade elétrica no cérebro.

Quanto às causas segundo os mitos são:

- ✓ reações resultantes de algo que se coma como por exemplo o açúcar que era apontado como uma das causas;
- ✓ problemas de tiroide;

- ✓ problemas no sistema vestibular do cérebro;
- ✓ fungos;
- ✓ família caótica;
- ✓ má condução de paternidade;
- ✓ visualização excessiva de televisão.

Como causas mais verídicas e científicas temos as seguintes:

- ✓ aparecimento precoce de alto nível de atividade e de demanda na infância ou nos anos pré-escolares de uma criança;
- ✓ comportamento crítico/autoritário dos pais nos anos iniciais da criança;
- ✓ número de complicações maior que o normal durante a gravidez;
- ✓ fumo e uso de bebidas alcoólicas;
- ✓ história familiar de PHDA;
- ✓ pai ou mãe solteira e com menor grau de instrução do que o normal;
- ✓ má saúde da criança e retardos de desenvolvimento motor e de linguagem.

Todavia torna-se fundamental descrever algumas possíveis disfunções ou fatores explicativos para a hiperatividade de forma mais detalhada tais como fatores neurológicos, toxinas ambientais, fatores genéticos e fatores ambientais e psicossociais.

Nos fatores neurológicos, os problemas pré-natais mais frequentemente assinalados são o alcoolismo materno, o tabaco, os tranquilizantes, as infecções da mãe, a anoxia intrauterina, a hemorragia cerebral, e ainda, a gravidez ansiosa. Já os fatores perinatais habitualmente apontados são a prematuridade e os partos distócicos que podem provocar danos fetais. Por último, como fatores pós-natais são dadas como causas as doenças infecciosas e os traumatismos crânio-encefálicos. Estes fatores, além de serem responsáveis por mudanças estruturais e funcionais do cérebro, prejudicam o desenvolvimento normal e global da criança.

Bender (1961 cit. por Vásquez, 1997) salienta que a disfunção ou dano estrutural, mais do que originar perturbações específicas, diminui a qualidade do desenvolvimento global da criança, interferindo nos processos de maturação.

Cruickshand (1971 cit. por Vásquez, 1997) refere que a hiperatividade não é exclusivamente motora, verificando-se também a nível sensorial. Por isto, a criança é permanentemente estimulada tanto do exterior como do seu próprio meio interior.

Gearheart (1981 cit. por Vásquez, 1997) refere que mais do que tentar fazer a revisão de tudo, os teóricos acreditam acontecer algo a nível neurológico, para tal, consideram que a receção e o processamento dos sinais sensoriais, auditivos e visuais, parecem ser diferentes nas crianças com lesões cerebrais quando comparadas com as normais, pelo que as primeiras não poderão receber, processar e integrar a informação sensorial da mesma maneira que outras crianças com a mesma idade cronológica. Para este autor, a característica básica mais importante a recordar acerca das crianças hiperativas é que podem processar e responder aos sinais ambientais de uma forma diferente da maioria das crianças da sua idade.

Há linhas de investigação que defendem que as determinantes ambientais, desde o padrão familiar até às características específicas da cultura, idade e género, contribuem para a hiperatividade.

Relativamente aos fatores genéticos, no padrão familiar, a hiperatividade com défice de atenção tem sido encontrada mais frequentemente nos familiares biológicos em primeiro grau das crianças com o mesmo tipo de perturbação. Vários estudos defendem que cerca de um terço dos pais com hiperatividade têm filhos com este problema.

Goodman e Stevenson (s/d cit. por Lopes, 1998), num dos maiores estudos efetuados nesta área, relacionados com gémeos, encontraram uma relação direta com a hiperatividade em 51% de gémeos monozigóticos e 33% entre gémeos dizigóticos.

Verifica-se que a existência da PHDA é mais frequente em familiares próximos, geralmente o pai, assim como também é apontado um maior risco de incidência em irmãos (30% a 40%) e gémeos idênticos (90%), o que aponta para uma base genética. Assim, a hiperatividade é maior nas famílias em que um dos pais tenha sido hiperativo durante a sua infância. Deste modo numa família em que existam hiperativos a probabilidade de voltar a ter crianças hiperativas é muito grande.

Lahey, Piacentini, et al (1988 cit. por Lopes, 1998) encontraram uma alta prevalência de PHDA entre os familiares de crianças com PHDA. Outros estudos (Barkley e Edelbrock 1987 cit. por Lopes, 1998) indicam que entre 20% a 30% dos pais e irmãos de crianças com PHDA também apresentam este distúrbio.

A PHDA parece depender, muito mais, de deformidades do desenvolvimento do cérebro, resultantes de fatores hereditários do que de fatores ambientais (Lopes, 2004).

Fallardeau (1999: 36) afirma que “os estudos estabeleceram, sem margem para dúvidas, que em mais de 95% dos casos a hiperatividade é hereditária. Os estudos estatísticos mostraram que 35% dos pais e 17% das mães de crianças hiperativas também são hiperativos”.

Nos fatores ambientais, o clima familiar, eventuais problemas entre o casal, determinados parâmetros educacionais, fatores como o baixo nível socioeconómico, condições de vida precárias, perturbações do humor, da ansiedade e perturbações pela utilização de substâncias nos membros da família dos sujeitos são causas potenciais para a perturbação da hiperatividade se desenvolver no sujeito, daí se apoiar a ideia que existe uma vertente genética na etiologia da hiperatividade.

Há ainda outros fatores, como os psicossociais ou comportamentais, que são explicativos da perturbação anteriormente referida.

Segundo Vallet (1980cit. por Vásquez, 1997) poder-se-á assinalar a hiperatividade como uma reação perante o inadequado de uma tarefa apresentada à criança, ou ainda, a ausência de rotinas adequadas de vontade e reflexão. Também pode acontecer que nunca se tenha ensinado a criança a atuar de outra forma, a controlar-se ou, inclusive, que só tenha recebido modelos de conduta inadequados. Em todos os casos, os pais de crianças com PHDA não se devem sentir culpados. Como refere a APA (2002), não há uma clara relação entre a vida familiar e a PHDA, pois nem todas as crianças de famílias instáveis ou disfuncionais têm PHDA e nem todas as crianças com PHDA provêm de famílias disfuncionais.

As causas que conduzem à PHDA são muito variadas e, possivelmente dependentes de condições diversificadas, sendo difícil, na generalidade dos casos, precisar uma etiologia precisa, já que também não é detetável nenhum dano cerebral, como acontece noutras perturbações mentais.

Contudo, nos últimos dez anos, numerosos investigadores estudaram o funcionamento do cérebro dos hiperativos apontado a principal causa da hiperatividade como sendo orgânica. Trata-se de uma deficiência no plano dos transmissores neurais, em especial da Dopamina, que provoca um abrandamento no funcionamento de uma zona do cérebro responsável pelo controlo de certos comportamentos. A Dopamina está presente no nosso cérebro e situa-se por cima dos nossos olhos, sendo responsável por termos juízo, controlar os nossos impulsos, antecipar a consequência dos nossos atos e

determinar o que é mais importante para sabermos o que fazer em primeiro lugar. A Dopamina tem níveis baixos em crianças com PHDA. Nas crianças com PHDA, os lobos frontais, sentem dificuldade em se focar por tempo prolongado numa tarefa, em se controlar e organizar. Estudos recentes estabelecem uma relação entre a capacidade de uma pessoa prestar atenção às coisas e o nível de atividade cerebral. Detetaram-se áreas do cérebro menos ativas em pessoas portadoras de PHDA do que em pessoas sem esta problemática, conduzindo à suspeição de uma provável disfunção do lóbulo frontal e das estruturas diencéfalo-mesencefálicas.

Esta deficiência é em mais de 95% dos casos hereditária e está presente na criança desde o nascimento, embora normalmente os efeitos só se façam sentir perto dos 4 ou 5 anos de idade.

Parece que não restam muitas dúvidas de que existe uma base biológica na origem da PHDA. De tal modo, a teoria mais recente aponta para um suposto problema neurobiológico, no qual a causa da PHDA provém de um distúrbio neurobiológico hereditário.

Aliado a este problema, o êxito que tem sido alcançado com a administração de psicofármacos contribui para fortalecer a componente biológica e, neste caso, neuroquímica da PHDA. Assim, os medicamentos à base de Metilfenidato e de Dextroanfetamina facilitariam a produção regulada de Dopamina e de Noradrenalina, dois importantes transmissores cerebrais, ativando as partes do cérebro, aparentemente menos ativas.

Embora o conhecimento das causas que conduzem à PHDA permita o diagnóstico mais rigoroso desta problemática e possibilite a adoção de medidas preventivas, os pais e educadores não se devem preocupar tanto com a busca das causas, já que é tão imprecisa a sua determinação, e focarem sim, a sua atenção em medidas que reduzam o impacto desta perturbação na vida das crianças.

## 1.5 Caraterísticas da PHDA

A criança é irrequieta, impulsiva, não se consegue concentrar, está sempre desatenta e não tem aproveitamento escolar? Estas caraterísticas peculiares são normalmente detetadas quando a criança começa a frequentar a escola, já que os sintomas que ela se faz acompanhar, atividade motora excessiva, comportamento irrefletido e dificuldades sem estar atenta, podem vir a constituir uma séria barreira à aprendizagem na infância.

Tal como não existe um consenso universalmente aceite, relativamente a questões como a etiologia ou a definição da PHDA, o mesmo sucede com as suas caraterísticas.

No sentido de introdução ao tema recorramos a uma analogia dos autores Sosin (2006: 9) que achamos deveras esclarecedor para perceber este problema no seu todo:

*“ Imaginemos que o cérebro é um realizador de programas de televisão, que monitoriza o painel de controlo enquanto inúmeras câmaras enviam imagens de um acontecimento complexo como, por exemplo, um jogo de futebol ou um congresso político. Em poucos segundos, o realizador tem de decidir quais das sequências de imagens recebidas devem ser transmitidas. À medida que cada câmara muda de plano, o realizador está no centro de um turbilhão de actividade, sempre alerta, focando uma e outra vez, seleccionando as imagens a transmitir ao público. Ao mesmo tempo, o realizador dá indicações aos operadores de câmara para focarem imagens potencialmente interessantes, em busca das escolhas mais adequadas e significativas para o público. São muitas as imagens que parecem persuasivas, mas a tarefa do realizador consiste precisamente em seleccionar, tornando o relato não só interessante como também organizado e coerente para o público.*

*Mas (...) e se todas as imagens forem igualmente persuasivas? E se o realizador simplesmente não conseguir escolher uma em detrimento da outra? É claro que fica cada vez mais frustrado e a sua acção vai acabar por se revelar ineficaz. O realizador não consegue fazer o seu trabalho, que é tomar decisões e fazer escolhas enquanto é bombardeado por diversas fontes de informação.*

*O dilema do realizador é uma excelente analogia para explicar aquilo por que o jovem com PHDA passa quando tenta manter-se atento ao que é importante nas actividades quotidianas. Um bom realizador é capaz de se manter fiel ao tema central num dado momento. A criança com PHDA não tem um realizador competente para "mexer os cordelinhos". Por exemplo, numa sala de aulas, o professor a falar, o passarinho que canta do lado de fora da janela, os cartazes na parede, as duas crianças que falam mesmo ao lado, o barulho no corredor, o relógio na parede, os ruídos do estômago a dar horas, a lembrança da discussão de hoje de manhã em casa e a visita ao circo planeada para o próximo sábado, tudo isso disputa a atenção no cérebro do aluno com PHDA. Todas estas fontes de informação são igualmente persuasivas. À semelhança do realizador incapaz, a criança com PHDA não consegue escolher qual é a fonte de informação mais importante e fica confusa e frustrada por ter de fazer estas escolhas”.*

A PHDA é caracterizada por uma série de sintomas nem sempre claros e concomitantemente distinguíveis de outras patologias psiquiátricas nos seus casos mais graves ou da normalidade nos casos mais ligeiros.

Contudo, na perspectiva dos autores Lorente e Ávila (2004), antes de passarmos para as características destas crianças devemos ter algum cuidado no diagnóstico e procurar saber se a criança hiperativa não teve, durante a infância, um comportamento extravagante, estranho ou pouco usual. Os comportamentos que manifesta são desestabilizadores apenas pela frequência, pela sua excessiva intensidade e pela inoportunidade com que acontecem. Além disso estas crianças têm mais dificuldade em controlar a sua conduta quando estão com outras crianças do que quando estão sozinhas. Isto deve-se à sua dificuldade em manter a atenção e à grande facilidade com que se distraem. Quando está sozinha, a criança converte-se, involuntariamente, no centro das atenções, sendo-lhe mais fácil estar motivada para estar atenta e além do mais nem todas as crianças hiperativas manifestam todas as características que a seguir se descrevem. De tal modo, torna-se crucial fazer a distinção entre uma criança com défice de atenção com hiperatividade e uma criança com défice de atenção indiferenciada uma vez que apresentam algumas diferenças entre elas. Abaixo apresentamos as características diferenciadoras da criança com défice de atenção com hiperatividade relativamente à criança com défice de atenção indiferenciada.

As crianças com défice de atenção com hiperatividade apresentam:

- ✓ dificuldades para se concentrarem numa tarefa durante longos períodos de tempo;
- ✓ distraem-se com muita facilidade;
- ✓ têm problemas para seguir as diretivas que lhes sugerem;
- ✓ não terminam as atividades que começam;
- ✓ agem antes de pensar;
- ✓ necessitam de mais supervisão do que as outras crianças;
- ✓ são disruptivas na aula;
- ✓ nos jogos, são incapazes de aguardar pela sua vez;
- ✓ passam de uma atividade para outra sem concluírem nenhuma;
- ✓ manifestam sintomas antes dos sete anos de idade;
- ✓ perdem coisas;
- ✓ respondem às perguntas antes de estas terem sido formuladas;



- ✓ lutam por tudo e por nada;
- ✓ não medem o perigo do que fazem;
- ✓ são inoportunas quando em grupo;
- ✓ esquecem-se do que têm que fazer;
- ✓ falam excessivamente;
- ✓ são desordenadas e desorganizadas.

As crianças com défice de atenção indiferenciado:

- ✓ têm dificuldades para se focarem numa atividade durante longos períodos de tempo;
- ✓ distraem-se com facilidade;
- ✓ têm problemas para seguir as direções que lhes sugerem;
- ✓ não terminam as atividades que começam;
- ✓ perdem coisas;
- ✓ são desordenadas e desorganizadas ou o contrário;
- ✓ sonham acordadas e são inibidas;
- ✓ revelam-se passivas e não sabem defender-se das agressões dos seus companheiros.

A maioria dos investigadores, baseados nas investigações levadas a cabo, durante as últimas décadas, considera consensual que se aceitem como principais dimensões que “suportam” a PHDA, o Déficit de Atenção, a Hiperatividade e a Impulsividade (Lopes, 2004). Embora não exista ainda um consenso bem definido, de uma forma geral, indivíduos com este transtorno tendem a evidenciar alguns problemas como:

- **Dificuldade de atenção e concentração**

O autor Falardeau (1999) apresenta-nos a definição de atenção e concentração baseado no dicionário Grolier. Assim atenção define-se como “a utilização, pressão do espírito relativamente a um objeto” e concentração como “a capacidade de disponibilizar a atenção para um objeto”. Talvez o fator que mais caracteriza a Hiperatividade é a incapacidade que o indivíduo tem em se concentrar e prestar atenção a tarefas que lhe são apresentadas, sem se distrair com estímulos irrelevantes bem como, seguir as indicações que a ele são dirigidas. Caracterizam-se por uma necessidade extrema de prestarem atenção a novos e irrelevantes estímulos, dando mesmo a ideia que não

ouviram o que lhe disseram ou simplesmente não estavam a prestar atenção. É usual que a criança centre a sua atenção nos estímulos menos relevantes de informação que lhe é apresentada. Esta é mais vulnerável aos estímulos de contexto ambiental do que qualquer outra criança. Por estas razões, estas crianças têm dificuldade em terminar tarefas, uma vez iniciadas. Na verdade, o nível de paciência é consideravelmente baixo, pois assim que começam uma nova tarefa facilmente se distraem e passam a fazer outra coisa e assim sucessivamente deixando uma quantidade de tarefas incompletas. O défice de atenção implica uma dificuldade em selecionar os estímulos de forma adequada. Quando a informação chega a estas crianças, elas fixam-se em detalhes mínimos e não são capazes de apreender a ideia principal. Se não são capazes de estar atentas a uma informação, dificilmente conseguem apreendê-la, integrá-la e armazená-la. Estas crianças têm uma automonitorização inadequada (ausência de controlo de qualidade). Elas cometem erros pelo facto de concluírem e entregarem os trabalhos de forma precipitada. Quando leem em voz alta, enganam-se nas palavras porque não verificam se a palavra faz sentido naquela frase específica, antes de a dizer. Isto deve-se à falta de atenção mas também à impulsividade e falta de automonitorização. Também a dificuldade em manter o esforço lhes dificulta o sucesso educativo. Estas crianças têm muita dificuldade em manter a atenção em atividades que não lhes geram interesse. Aborrecem-se e desconcentram-se nas tarefas escolares. Esta falta de perseverança afeta de forma significativa o rendimento nos primeiros anos de escolaridade. Estas crianças cansam-se facilmente em trabalhos que exigem a sua concentração e é natural que os evitem (Parker, 2003).

As dificuldades de concentração e o alto nível de atividade são problemas frequentes nestas crianças. Estas são muito sensíveis ao barulho, podem-se distrair facilmente com sons irrelevantes em situações em que é necessária muita atenção. A criança revela-se incapaz de se concentrar o tempo suficiente quando a tarefa é longa e sobretudo quando se revela monótona. Nas crianças dos quatro aos sete anos evidencia-se esta dificuldade em atividades como ver televisão ou na execução de quebra-cabeças. No sentido de colmatar esta falha, lentamente pode-se ajudar a criança a aumentar o intervalo de concentração recompensando-a (com elogios ou com brinquedos) por estar sentada a ouvir, ou por realizar qualquer atividade construtiva como ver ou ler um livro ou até fazer um jogo. Pode começar por requerer inicialmente que a criança se sente e preste atenção por um ou dois minutos, e recompense-a imediatamente com um brinquedo

favorito ou atividade e elogios. Gradualmente, aumentando para períodos de cinco, dez e quinze minutos. Quando a criança está obcecada por determinados assuntos ou objetos, pode utilizar jogos ou livros relacionados para encorajar a concentração, pelo menos inicialmente. Pode utilizar qualquer coisa que a criança goste muito, por exemplo um carro, e como recompensa ela pode brincar com ele, mas só depois de realizar alguma atividade estruturada durante algum tempo. Não se deve esquecer que devido aos seus problemas de concentração, deve trabalhar com a criança numa sala ou quarto calmo e por pequenos períodos de tempo. Importa contudo salientar que, embora apresentem problemas de concentração e atenção, elas não evidenciam problemas para filtrar informações, elas sabem distinguir o importante do irrelevante naquilo para as quais são requeridas a fazer.

Segundo Hale e Lewis(s/d cit. por Lopes, 2004) a atenção não é um processo independente pois depende de variáveis que a condicionam. Uma externas ao indivíduo como por exemplo através da intensidade dos estímulos, e outras internas como por exemplo através das capacidades e interesses. A atenção constitui um fator multidimensional que se pode referir a problemas relacionados com o alerta, a ativação, a seletividade, a manutenção da atenção e a distração ou com o nível de apreensão, entre outros.

A atenção é uma condição fundamental para o processamento da aprendizagem, devendo esta ser seletiva e contínua, ou seja, norteadas para um determinado estímulo relevante, de entre outros, e manter-se nele por um período continuado de tempo. A inatenção está sempre presente na PHDA, embora nem sempre seja evidente. As capacidades de atenção seletivas estão afetadas, com propensão a dirigir a atenção a estímulos inapropriados. Esta é a característica que, apesar de impercetível e por vezes “escondida”, mais malefícios provoca ao nível do sucesso académico das crianças (Parker, 2003).

Vários estudos mostram que as crianças com PHDA revelam mais problemas académicos devido a este problema, ao nível da atenção, do que a qualquer outra dimensão desta perturbação. De facto o défice de atenção é a causa principal da existência de um rendimento escolar aquém das possibilidades da criança.

Segundo os autores Lorente e Ávila (2004), a criança hiperativa para adquirir um bom rendimento escolar, além de inteligência, carece de outras capacidades que não possui

que são a atenção e concentração, tão necessárias para perceber a explicação do professor e executar as tarefas solicitadas. Além do mais deve ser capaz de tolerar e aceitar os seus erros coisa muito difícil para este tipo de crianças.

Em suma, as crianças hiperativas têm dificuldade em concentrar-se numa só coisa e aborrecem-se ao fim de alguns minutos à volta de uma só tarefa. Podem até prestar atenção a atividades e coisas do seu agrado, mas quando se trata de organizarem e estar atentas a uma tarefa ou aprenderem algo de novo, manifestam uma grande dificuldade, distraíndo-se facilmente com qualquer estímulo exterior.

- **Impulsividade**

A criança age ao primeiro estímulo, o que ela pensa tem de fazer de imediato, adora novas tarefas e atividades, todavia realiza-as de forma pouco organizada, pois raramente tem paciência para seguir as regras. Os seus desejos têm de ser imediatamente realizados. A impulsividade impede as crianças de controlar a sua conduta e de prever as consequências dos seus atos.

As crianças impulsivas mostram-se incapazes de controlar as suas reações ou pensamentos antes de agir, fazem comentários pouco apropriados ou respondem a perguntas antes mesmo de estas serem concluídas. A impulsividade delas faz com que a espera por algo que anseiam ou pela sua vez se torne insustentável, levando-as muitas vezes a intrometer-se nas atividades das outras ou perturbar as suas brincadeiras. As crianças com PHDA têm a sua capacidade de inibição do comportamento diminuída, o que se manifestará na sua incapacidade de controlar os impulsos.

Para Barkley (2002) os problemas de atenção e de controlo de impulsos também se manifestam nos atalhos que as crianças com PHDA utilizam, notoriamente no seu trabalho. Elas aplicam menor quantidade de esforços e empregam menor quantidade de tempo para executar tarefas desagradáveis e fátigantes. Por essa razão, não está demonstrado que dar tempo extra a crianças ou adultos com PHDA nos exames de escola ou nas suas profissões de facto as favoreçam. A impulsividade é marcada pela incapacidade da criança pensar antes de agir, bem como de esperar pela recompensa de algo que fez bem. Estas crianças revelam-se incapazes de trabalhar para resultados a médio ou a longo prazo.

Segundo Lopes (2004) a desinibição comportamental constitui uma inaptidão de controlo pessoal em resposta a exigências da situação. O insucesso na inibição comportamental tem recebido na literatura a designação de impulsividade.

- **Hiperatividade**

A criança mexe-se muito, não pára um minuto. Adora correr e saltar de um lado para outro. A hiperatividade é, então, tradicionalmente, a principal característica da PHDA, embora que, isoladamente, não seja a mais problemática. No entanto, quando combinada com a impulsividade, poderá tornar-se particularmente grave.

Para Barkley (1990cit. por Lopes, 1998) a hiperatividade refere-se aos níveis excessivos de atividade motora ou oral, característicos da criança com PHDA, o que faz dela um ser muito agitado e nervoso, exibindo geralmente movimentos grosseiros e dispensáveis, irrelevantes para a tarefa e, por vezes, mesmo despropositados.

## **1.6 Interação com outros problemas**

### **Que problemas podem estar associados à PHDA?**

Inicialmente acreditava-se que os sintomas da hiperatividade desapareciam progressivamente durante a adolescência. Mais tarde, numerosos estudos revelaram que os sintomas raramente desapareciam por completo, embora se atenuasse o seu número e a sua agressividade. Atualmente está provado que 70% a 80% das crianças hiperativas ainda apresentarão os sintomas na adolescência, percentagem essa que diminui para 50% a 65% quando os hiperativos atingirem a idade adulta. Por isso, não se deve concluir apressadamente que os problemas desaparecerão com o tempo. Com o passar dos anos, a agitação motora tornar-se-á muito menos intensa, mas estará sempre presente. Os sintomas parecem atenuar-se com o tempo, mas, como as exigências sociais também aumentam com a idade, muitas crianças hiperativas nunca apanham os seus colegas. A sua capacidade de atenção aumenta, mas as tarefas que devem realizar também exigem cada vez mais atenção por parte delas. É como se os hiperativos tivessem um atraso de alguns anos sobre a sua capacidade de controlo, aos doze anos são como crianças de oito anos. As crianças com PHDA apresentam maior probabilidade em apresentar outros problemas relacionados com o comportamento, com a aprendizagem ou com fatores sociais e emocionais.

Nos EUA, os condutores hiperativos de dezasseis anos são responsáveis pelo dobro dos acidentes quando comparados com outros adolescentes da mesma idade.

Existem muitas dúvidas quanto à etiologia da PHDA. A razão dessas dúvidas é, em parte, devida a várias perturbações e problemas existentes, que apresentam sintomas idênticos aos da PHDA. Em muitos casos, essas perturbações ou problemas podem, também, surgir em simultâneo com a mesma. São situações de comorbilidade, às quais devemos dar a devida atenção e que devem ser tratadas simultaneamente, embora atendendo às suas especificidades. A existência de comorbilidade, não faz com que haja relação direta entre os diferentes problemas, existe sim referência a alta probabilidade de associação das ditas patologias no mesmo indivíduo.

Segundo os autores Sosin (2006), estas crianças distraem-se facilmente, esquecem-se com frequência, estão sempre a perder coisas, parecem estar sempre muito atarefadas,

estão sempre a adiar coisas, são desleixadas, têm dificuldade em executar uma tarefa do princípio ao fim, têm muitos projetos incompletos, detestam papelada, têm dificuldade em se manter sentadas e têm dificuldade em concentrar-se no decorrer de comunicações ou reuniões.

A hiperatividade não é em si um problema específico de aprendizagem. Mas, por interferir com a concentração e a atenção, pode dificultar a aprendizagem. A situação torna-se mais complicada quando as crianças com hiperatividade têm, simultaneamente, um problema específico de aprendizagem (os mais frequentes são dificuldades na leitura e na matemática).

As crianças que padecem desta perturbação psicológica manifestam uma tendência para se comportar de forma violenta ou desafiadora. Estas são muitas vezes teimosas, violentas e provocantes e apresentam enormes variações de temperamento. Estas crianças carecem mesmo de um apoio particularizado, de forma a impedir o avanço para o fracasso escolar e outros distúrbios mais graves.

Deste modo, uma pequena fração dos indivíduos que padecem de hiperatividade, têm simultaneamente outros problemas tais como perturbações nervosas, através dos tiques, que segundo Antunes (2009), atinge 11% da população hiperativa e emocionais (ansiedade ou depressão), perturbação autista, de Asperger, perturbação da comunicação, da aprendizagem, dislexia, discalculia, disgrafia, perturbação de coordenação motora, entre outras.

Segundo Lopes (1998) as crianças com PHDA apresentam problemas médicos, de desenvolvimento, comportamentais, emocionais e escolares, num grau superior ao esperado nas crianças normais que são considerados problemas associados, pois não servem de diagnóstico do distúrbio quando presentes, nem o impossibilitam quando ausentes.

Muitas vezes os resultados são pouco significativos pois não sabemos se o problema se deve às dificuldades de aprendizagem ou à PHDA.

Barkley, Du Paul, McMurray (1990 cit. por Lopes, 1998) refere que as crianças parecem mostrar uma execução, em testes estandardizados de realização académica, mais baixa do que os seus companheiros, o que sugere que podem ter menor capacidade académica do que as crianças normais. Como a hiperatividade afeta o rendimento escolar é natural que, por consequência, quatro vezes mais jovens hiperativos

abandonem a escola antes de completar o ensino secundário e, como tal, poucos são os que conseguem entrar na universidade. A presença de perturbações do comportamento agrava o seu prognóstico escolar.

O problema mais frequentemente associado à hiperatividade é o mau rendimento escolar das crianças afetadas: mais de 90%. Mais de 25% das crianças hiperativas experimentam dificuldades particulares de aprendizagem que conduzirão a atrasos importantes numa ou noutra matéria escolar. Essas perturbações são, muitas vezes, acompanhadas por problemas de motricidade.

Com o passar do tempo os resultados das crianças hiperativas tendem a baixar. Por isso, as crianças acumulam atrasos escolares que conduzirão a uma diminuição progressiva dos seus resultados nos testes de inteligência, pois estes testes exigem precisamente conhecimentos que não puderam adquirir. Assim, já foram vistas crianças que em três ou quatro anos perderam perto de 10% do seu quociente intelectual. Os resultados nos testes de inteligência das crianças hiperativas têm tendência para ser irregulares. Estas crianças obtêm resultados muito diferentes consoante esses testes, pois em certos domínios são muito fortes e noutros muito fracas. Muitas crianças hiperativas são inteligentes, porém o rendimento escolar revela-se insatisfatório devido à sua desconcentração e fraca memorização. Aliado a isto, a falta de compreensão por parte do círculo social da criança, faz com que esta seja muitas vezes "rotulada" de burra, e preguiçosa, o que piora ainda mais a situação abrindo caminho para comportamentos patológicos e antissociais.

Na perspetiva do autor Falardeau (1999), a característica presumivelmente mais surpreendente para os educadores destas crianças é a grande variabilidade, de um dia para o outro, da exatidão e da rapidez com que as hiperativas podem realizar um dado trabalho. Essa variabilidade influencia de forma prejudicial os professores que, muitas vezes, têm propensão para apreciar os seus alunos consoante o seu rendimento nos dias melhores. Daí a concluírem que são desleixados e mandriões, é só um passo.

Para Antunes (2009) a PHDA é sempre aliada a outros problemas tais como os tiques, e no défice de atenção estas crianças podem ter a síndrome de Asperger associada.

Deste modo abordaremos os problemas que mais comprometem a qualidade de vida das crianças com PHDA. Assim, temos os problemas relacionados com as dificuldades de Aprendizagem e os problemas relacionados com o Funcionamento Social e Emocional.



## **Nos problemas relacionados com a aprendizagem salientamos:**

- **Dificuldades de aprendizagem**

Presume-se que as crianças com PHDA têm maior probabilidade de apresentar dificuldades de aprendizagem do que as crianças ditas normais. Cantwell e Baker (1992 cit. por Lopes, 1998) numa revisão de vários estudos concluem que as dificuldades de aprendizagem aparecem com grande probabilidade associados à PHDA, não sendo, contudo, clara a natureza dessa associação.

As dificuldades de aprendizagem apresentadas pelas crianças em idade escolar com PHDA são mais patentes nas áreas em que a criança precise de desenvolver estratégias de resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho, sendo estas dificuldades resultantes de um escasso esforço para a concretização da tarefa, mais do que a falta de capacidade para a sua execução (Lopes, 2004).

Outra área que pode contribuir, nas crianças com esta perturbação, para terem maiores problemas associados ao sucesso escolar, prende-se com o facto de estarem mais propensas a apresentarem problemas a nível da leitura, ortografia, escrita, matemática e linguagem (com uma incidência que varia entre os 35% e os 50%). Pode suceder que apresentem dificuldade em expressarem-se porque a fala não consegue acompanhar a velocidade da mente, "comem" palavras ou aparecem as "brancas", dificultando a comunicação, pois como sabemos a linguagem oral, bem como, a escrita exigem organização de palavras, frases, parágrafos, entre outros requisitos.

As crianças com PHDA parecem falar mais em conversas espontâneas, contudo, quando precisam de organizar e gerar linguagem em função de tarefas específicas, parece que falam menos, sendo mais difluentes (usam pausas e articulam mal) e menos proficientes na organização da fala (Zentall, 1988 cit. por Lopes, 1998).

Embora a sua capacidade intelectual por norma seja como a de qualquer outra criança, esta fica claramente diminuída devido a estes fatores. Nas crianças em que o desenvolvimento intelectual é deficitário existirá com certeza um desajuste da criança face à escola, uma vez que evidenciará dificuldades na aquisição e utilização da leitura, da escrita e do cálculo.

- **Atrasos de linguagem**

Os indivíduos com PHDA apresentam em alguns casos atrasos na linguagem que se pode apresentar em três tipos diferentes, por ordem de frequência.

✓ Atraso na aquisição - Os atrasos na aquisição caracterizam-se pela diferença apresentada pela criança entre o que seria esperado dela em termos de produção verbal em relação ao seu desenvolvimento neuropsicológico e o que realmente ela consegue produzir. Os testes de desenvolvimento psicomotor são apropriados para medir esta diferença, já que a criança apresenta uma discrepância entre o setor da fala e os demais. Não são raros os casos de crianças com PHDA que chegam à idade de alfabetização com a fala ainda não totalmente desenvolvida.

✓ Dislalias - As Dislalias, ou seja, a troca de fonemas também pode ser apresentada pela criança com PHDA numa idade muito superior ao que normalmente seria esperado. É importante salientar que este problema deve ser corrigido o mais cedo possível, pois com o tempo, a criança pode acabar por interiorizar a dislalia como parte da sua linguagem normal, tornando a correção do problema muito mais difícil.

✓ Distúrbios de Ritmo - Os distúrbios de ritmo apresentam-se pela nítida falta de separação entre uma palavra e outra tornando difícil a compreensão para quem está a ouvir. Muitas vezes, este distúrbio é confundido por leigos como sendo uma espécie de gaguez, mas é importante diferenciar o diagnóstico para evitar problemas e facilitar o tratamento do mesmo. Os problemas de aprendizagem concretizam-se no nível perceptivo-cognitivo. Por isto estas crianças evidenciam dificuldades em captar a informação sensorial, organizá-la, processá-la cognitivamente e consequentemente em expressá-la. Segundo Anderson et al (1987 cit. por Lopes, 1998) o insucesso das crianças hiperativas na leitura, escrita e matemática atinge um índice de 80%.

- **Memória, processos executivos e outras capacidades cognitivas**

As crianças com PHDA tendem a ser mais pobres quanto a estratégias de resolução de problemas e capacidade de organização (Tant e Douglas, 1982 cit. por Lopes, 1998) e utilizam estratégias mais eficientes na abordagem a tarefas de memória (Voelker, Carter, Sprague, Gdowski e Lachar cit. por Lopes, 1998).

A memória está intimamente associada à PHDA, sendo difícil separar os problemas de atenção dos problemas de memória. Geralmente estas crianças possuem uma boa

memória a longo prazo, porém a curto prazo e a memória de trabalho estão bastante comprometidas. Lembram-se do que sucedeu há um ano, mas têm bastante dificuldade em representar o que se lhes acabou de explicar. Devido a tal, a generalidade destas crianças tem muita dificuldade em relembrar instruções e em reter a informação de uma forma sequencial, por exemplo elas demonstram dificuldade em recordar listas, confundem os passos para resolver os problemas, entre outras. A memória de trabalho refere-se à capacidade de reter vários tipos de informação ao mesmo tempo. Se não formos hábeis para reproduzir mentalmente múltiplos números, somos incapazes de fazer cálculos mentais. Se não formos capazes de recordar as palavras do princípio de um parágrafo quando chegamos ao fim não conseguimos compreender o que lemos. Na linguagem, a memória de trabalho auxilia-nos a conciliar palavras mentalmente e deste modo a conseguir o máximo impacto quando utilizadas de forma oral ou por escrito.

Para Barkley, 1990 e Douglas (1983 cit. por Serra e Leal, 2007) as crianças com PHDA não apresentam qualquer problema a nível de memória, contudo ao revelarem dificuldade na resolução das tarefas, no qual é necessário recorrerem à memória, elas atribuem o seu insucesso à sua impossibilidade e inatenção.

- **Problemas de cálculo**

As crianças com PHDA apresentam, frequentemente, problemas de cálculo mental e muitas delas têm também dificuldades específicas na área da matemática. Não têm dificuldades em reproduzir números de memória e podem contar por correspondência, utilizando os dedos, mas quando se retira esse suporte começam os problemas. Muitas crianças têm também associada discalculia que se caracteriza pela dificuldade em entender o tamanho relativo das figuras, aprender as tabuadas, recordar sequências de números, perceber o valor dos sinais e apreender noções matemáticas avançadas.

- **Problemas sensoriais e motores**

No que concerne à organização motora, as crianças com PHDA são caracterizadas como sendo mais pobres, particularmente nos movimentos finos, manifestando também mais movimentos desnecessários o que indica uma inibição motora pobre (Dencka e Rudel, 1978 cit. por Lopes, 1998).

Estas crianças tendem a apresentar uma falta de coordenação motora que se manifesta através de dificuldades ou atraso em atividades como andar de bicicleta, apertar os atacadores e escrever. Pode manifestar-se também pelo modo desajeitado que a criança mostra ao interagir com o mundo. Os objetos à sua volta ficam em perigo, as pontas dos lápis, os copos, os botões das camisas, as cadeiras que são postas à prova quando sobre elas se projetam para sentar, os brinquedos, a televisão, enfim, tudo que permaneça ao seu alcance.

A hiperatividade apresenta-se através da dificuldade da criança em controlar os seus movimentos. A criança é incapaz de ficar mais do que alguns segundos parada sem realizar um movimento inútil. Mesmo quando as condições exigem, ela não é capaz de ficar parada, quando por exemplo esta tem que ficar sentada, ela começa a apresentar movimentos nos membros. Estes distúrbios motores são um dos principais motivos de queixas de professores e pessoas em geral que lidam com a criança com PHDA.

### **Nos problemas relacionados com o funcionamento social e emocional salientamos:**

- **Problemas com sono**

Estas crianças mexem-se muito, evidenciam movimentos despropositados à atividade em curso que realizam. Mesmo quando elas têm consciência da sua agitação revelam-se incapazes de reprimir essa necessidade de movimento permanente. São crianças com um elevado grau de atividade e energia. As crianças devido à sua agitação apresentam dificuldades a adormecer.

As crianças com PHDA têm maior probabilidade de manifestar dificuldades em adormecer e insónias, podendo estes problemas emergir muito cedo na infância (Stewart, 1970 cit. por Lopes, 1998).

- **Problemas de Conduta**

As crianças com PHDA manifestam em várias situações da sua vida quotidiana comportamentos de oposição e de desafio, que muitas vezes se transfiguram em agressividade e problemas de conduta. O facto de por vezes não serem aceites pelos outros leva estas crianças ou jovens a mentir, roubar e agredir.

Calcula-se que cerca de 25% dos hiperativos terão uma personalidade antissocial. O tabagismo, o alcoolismo e os problemas de delinquência serão mais frequentes nesses jovens e estes estarão mais vezes envolvidos em agressões físicas. Estudos revelam que 20% dos jovens adultos hiperativos estiveram envolvidos em histórias de agressão física durante os últimos três anos. Evidenciam também dificuldades maiores para controlar o dinheiro e o crédito.

Estas crianças tendem a exibir um comportamento irrequieto, comportamento este que faz com que as pessoas à sua volta as tratem de uma forma diferenciada. Na maioria das vezes esta diferenciação é negativa, manifestando-se através da exclusão social do indivíduo por causa da sua inabilidade de se manter quieto, de praticar desportos, a sua tendência para quebrar objetos e imaturidade. Aliado a estes comportamentos agressivos e impulsivos, a criança vai apresentar problemas de isolamento social no ambiente escolar. Este tipo de exclusão conduz ao desenvolvimento de problemas psicológicos que podem seguir duas direções opostas dependendo da estrutura pessoal do indivíduo: a introversão ou o comportamento antissocial. A introversão ocorre quando o indivíduo se resolve submeter a regras que lhe são impostas, escondendo o seu verdadeiro comportamento, separando-se das relações sociais por se achar demasiadamente incompetente para tal e muitas vezes acaba por despoletar uma depressão, devido à frustração sentida. A atitude exibicionista pode surgir quando o se exibe a sua fúria através de agressividade. Este tipo de comportamento tende a ser o principal motivo pelo qual os pais levam a criança a uma consulta com um profissional de saúde mental. Estes comportamentos podem despoletar uma atitude negativa face ao estudo e à escola, assim como, um decréscimo do autoconceito e autoestima. Com frequência mostram-se relutantes a fazer o que lhe pedem e muitas vezes chegam mesmo a não fazer nada, sendo extremamente desobedientes. Estas crianças sentem dificuldade em obedecer, em se deixar dirigir pelas regras estabelecidas, quer sejam pelos pais, professores ou mesmo por outras crianças. A dificuldade em obedecer não deve ser entendida como um desejo de oposição, mas sim por uma ausência de controlo por parte da criança.

Como refere Falardeau (1999), em geral quando a criança profere a resposta, não está a mentir, realmente não sabe por que não se rege às regras ou às ordens, não sabe porque se agita ou por que é impulsiva. Além do mais manifestam alterações do humor, irritando-se frequentemente quando as suas solicitações não são obedecidas. São

agressivas e violentas com os seus amigos e familiares, passando muitas vezes à agressão física e verbal e simultaneamente, crianças tristes e pouco otimistas, não gostando de perder e atribuindo os seus insucessos aos outros. Como a sua autoestima é baixa e lhe dificulta a interação com os outros, carecem de estar sempre a chamar a atenção.

A perda de autoestima, que atinge muitas crianças hiperativas, é considerada como o problema afetivo mais importante das pessoas que sofrem de hiperatividade. É compreensível que os fracassos escolares repetidos, acompanhados pela rejeição social de que estas crianças são alvo, conduzam, a longo prazo, a essa perda de autoestima. Este é certamente um dos aspetos a vigiar quando estas crianças chegam à adolescência. Por isso, têm mais frequentemente problemas de depressão em relação aos outros. Muitas tentaram mesmo o suicídio durante a adolescência. Quando chegam à idade adulta, os hiperativos enfrentam muitas vezes problemas de disfunção sexual. No entanto, ainda não estão totalmente estabelecidas as razões deste aumento do risco de problemas sexuais.

Bohline (1985 cit. por Lopes, 1998) refere que as crianças com PHDA mostram mais sintomas de ansiedade, depressão e baixa autoestima, do que as crianças normais.

- **Problemas com as relações sociais e atribuições**

As crianças com PHDA embora falem muito, por norma não conseguem relacionar-se de forma amigável com os outros. O seu carácter intempestivo e pouco controlado faz com que estas sejam rejeitadas pelos seus colegas.

- **Problemas de integração social**

Como é de esperar, esses jovens experimentam mais dificuldades de integração social do que os outros. Na idade adulta têm dificuldade em obter um emprego e conservá-lo, assim como, no relacionamento com os colegas de trabalho e com os patrões. Na vida conjugal, experimentam mais frequentemente separações e divórcios quando um dos membros do casal é hiperativo. Uma criança de um meio social privilegiado economicamente tem mais probabilidades de sucesso devido ao apoio que esse meio poderá facultar-lhe.

A capacidade intelectual da criança e a ausência de distúrbios de aprendizagem constituem também um fator positivo. Deste modo, quanto mais dotada for uma criança menores dificuldades terá em aprender e maiores serão as suas probabilidades de sucesso escolar. O facto de ser bem-sucedida vai permitir-lhe diminuir a sua frustração e a sua agressividade e, assim, melhorar o prognóstico. Pelo contrário, a presença de perturbações do comportamento e o seu número podem agravar o prognóstico. A atitude que o meio adotar em relação aos hiperativos contribuirá para reduzir a possibilidade de um desfecho desfavorável. O que interessa é que sejam privilegiados os interesses da criança.

Quanto mais adultos a apoiarem e quantos mais recursos da comunidade forem utilizados, menos complicações existirão. Também os pais têm um papel importante a desempenhar. Quanto mais melhorarem a sua atitude face ao seu filho, mais positiva será a sua influência sobre o seu futuro. O que mais contribuiu para o sucesso da vida de um grupo de jovens adultos deficientes interrogados foi, em primeiro lugar, a relação que tinham tido com um adulto que não pertencia à família. Qualquer que fosse o tipo de deficiência, incluindo a hiperatividade, a resposta da criança era a mesma. O facto de se sentir aceite e valorizada por um adulto que não o pai ou a mãe parece aumentar a autoestimada criança.

Como se o amor dos pais fosse considerado pela criança como simplesmente normal, a atenção por outra pessoa revela-se extremamente valorosa. Num mundo em que se ouve falar tanto dos perigos que certos adultos representam para as crianças, é tranquilizante ver pessoas bem-intencionadas que possam ajudar as crianças sem outro objetivo que não seja o seu bem-estar. As crianças que têm necessidades extraordinárias têm necessidade de encontrar no seu caminho pessoas extraordinárias e capazes de as compreender na sua essência.

- **Problemas sociais e familiares:**

Durante muito tempo pensou-se que o ambiente das crianças hiperativas, especialmente proporcionado pelos seus pais, era responsável total ou parcial pela sua hiperatividade. Um estudo mais aprofundado do seu comportamento permitiu constatar que a maior parte dos pais de crianças hiperativas tinham uma forma muito diferente de educar os seus filhos. Com efeito, verificou-se que esses pais gritavam com mais frequência e

severidade, raramente os recompensavam e passavam menos tempo a brincar com eles. Pensava-se que tal atitude desempenhava um papel na gênese da hiperatividade. Vários estudos demonstraram que essa atitude parental não era a causa da hiperatividade, mas antes uma das suas consequências. Começou-se por observar a atitude dos pais quando a criança tomava um medicamento cujo efeito era diminuir sensivelmente os seus sintomas. Muito rapidamente, a sua atitude modificava-se. Ralhavam e puniam com menos frequência, recompensavam mais e passavam mais tempo com ela. No outro estudo, foram confiadas crianças hiperativas a pais cuja atitude para com os seus filhos era considerada perfeitamente normal. Rapidamente, esses pais “normais” mostraram sinais de impaciência e adotaram um comportamento semelhante ao que geralmente encontramos nos pais das hiperativas. Parece claro, portanto, que a atitude dos pais nada tem a ver com a gênese da hiperatividade. Mas parece cada vez mais evidente que os problemas familiares, tais como os desentendimentos, as separações, e a violência, e os económicos, como a pobreza e o desemprego aumentam o risco de que problemas comportamentais, como a agressividade, e emocionais se acrescentem à hiperatividade. Além disso, é claro que um meio familiar afetuoso e tolerante, no qual os pais se interessam pela criança, diminuirá a probabilidade do aparecimento dessas complicações.

Os aspetos sociais revelam-se de extrema importância, uma vez que estes podem determinar se as crianças com PHDA vão ou não apresentar transtornos ligados ao emocional. Assim, segundo Barkley (2008) cerca de 60% apresenta um transtorno de oposição, que os pode transformar em agressivos; aproximadamente 20% são antissociais, consomem drogas, usam armas, entre outros comportamentos considerados de risco. Quanto aos outros 20% sofrem de transtornos ligados a problemas ansiógenos e depressivos.

Para Lopes(1998, 2004) os problemas que as crianças com PHDA apresentam e que estão intimamente ligados com o relacionamento social, com a percepção social, autoimagem e integração social, rondam os 50%. Estas crianças apresentam dificuldades significativas e duradouras de relacionamento interpessoal. Frequentemente são descritas como agressivas, abusivas, perturbadoras, dominadoras e inconvenientes e tendem a ser mal-humoradas, irritadas e negativas e socialmente rejeitadas, principalmente se forem rapazes.



Não obstante todas estas características serem apontadas para a PHDA, surge a necessidade de excluir que haja outras perturbações mentais. Apenas depois de satisfeitos estes critérios se poderá falar, com segurança, na existência de PHDA e iniciar o seu tratamento com vista a proporcionar às crianças um maior equilíbrio e consequentemente uma maior qualidade de vida.

Todavia, a PHDA devido à sua complexidade de sintomas pode ser muitas vezes de difícil diagnóstico. Isto porque muitas vezes esta perturbação pode aparecer sem alguns dos seus sintomas característicos e em outros casos podemos encontrar outros sintomas neurológicos e psiquiátricos que podem ser facilmente confundidos com a PHDA.

Segundo a classificação das perturbações mentais e do comportamento proposta pela Organização Mundial de Saúde (CID-10 cit. por Garcia, 2001) a hiperatividade é acompanhada de outros problemas menos específicos.

Segundo Hallowell e Ratey (1994) na prática clínica surgem outros tipos de sintomas e que é necessário que o especialista esteja atento a estes novos tipos de combinações entre PHDA e outras condições para a realização correta deste diagnóstico. Algumas destas classificações propostas por estes autores são:

- **PHDA sem hiperatividade**

Um dos enganos mais frequentes sobre PHDA é que se a criança não apresenta comportamentos hiperativos, automaticamente a possibilidade de PHDA está descartada. Existem casos, especialmente no sexo feminino em que o PHDA se manifesta apenas pela falta de atenção. São pessoas que tem uma característica sonhadora, que não são capazes de tomarem atenção. Têm dificuldades em terminar tarefas já começadas e frequentemente são rotuladas como preguiçosas, desorganizadas ou não motivadas, injustamente.

- **PHDA com ansiedade**

Devido ao esquecimento constante e à dificuldade de planeamento, é comum que indivíduos com PHDA tenham uma evidente angústia em saber se se esqueceram ou não de algo. Esta angústia natural pode tornar-se doentia e desencadear diversas patologias.

Para Antunes (2009) a ansiedade atinge as crianças hiperativas em cerca de 34%.

- **PHDA com depressão**

Embora ainda não se saiba exatamente a causa da depressão na PHDA, este fenómeno é de extrema importância no tratamento do problema, porque muitas vezes os profissionais de psicologia são chamados para tratar depressões e problemas de ajustamento do paciente.

Para Antunes (2009) a depressão atinge as crianças hiperativas em cerca de 4%.

- **PHDA com agitação ou mania**

Nalguns casos a PHDA pode assemelhar-se a um distúrbio bipolar e o inverso também pode acontecer no caso de um episódio de PHDA, especialmente em casos onde existem comportamentos muito energéticos, sejam diagnosticados com distúrbio bipolar. Este comportamento leva a criança a problemas de integração social, como por exemplo ao interromper o jogo dos colegas, está a incomodá-los e a provocar neles sentimentos de rejeição em relação a ela. A reação dos seus colegas vai incutir um péssimo conceito de si mesma e um baixo nível de autoestima.

- **PHDA com perturbação de oposição e desafio**

Para o autor Antunes (2009) esta patologia é a mais grave, afetando 40% da população hiperativa.

## **1.7 Que outros problemas podem levar à suspeição errada da PHDA?**

Existem outros problemas diferentes que podem estar na origem de sinais e sintomas semelhantes. São eles:

- ✓ comportamento impulsivo devido a uma educação negligenciada ou demasiado permissiva;
- ✓ insucesso escolar devido a dificuldades específicas de aprendizagem;
- ✓ comportamento agitado ou desinteressado devido a ansiedade ou depressão;
- ✓ episódios de falta de atenção devido a uma forma de epilepsia, denominada pequeno mal epilético;
- ✓ otites de repetição ou crónicas, que podem estar na origem de problemas auditivos, levando a que a criança se mostre desatenta;
- ✓ falta de atenção devido a problemas de visão;
- ✓ hiperatividade devido a problemas do metabolismo, como, por exemplo, disfunções da tiroide;
- ✓ outros problemas mentais, genéticos ou ambientais.

## **1.8 Hiperatividade ou indisciplina?**

A hiperatividade é muitas vezes usada para definir sintomas que à mesma não correspondem. Sendo assim apresentamos alguns sintomas de inatenção que não podem ser confundidos e aplicados ao termo Hiperatividade.

- **Sintomas de inatenção**

- ✓ Não dá atenção aos detalhes ou comete erros por descuido;
- ✓ Dificuldade em manter a atenção durante tarefas ou jogos;
- ✓ Parece não escutar;
- ✓ Não segue as instruções e não termina as tarefas;
- ✓ Dificuldade em organizar as tarefas e atividades;
- ✓ Evita ou não gosta de iniciar tarefas que requeiram atenção;
- ✓ Perde facilmente o material;
- ✓ Distrai-se facilmente com estímulos externos;
- ✓ Esquece-se com facilidade das tarefas diárias.

- **Sintomas de hiperatividade e impulsividade**

- ✓ Mexe permanentemente os pés;
- ✓ Não se mantém sentado quando deve;
- ✓ Corre e trepa de forma excessiva em situações inapropriadas;
- ✓ Dificuldade em se envolver em atividades de forma calma;
- ✓ Parece ligado à eletricidade e está sempre pronto a mudar;
- ✓ Fala excessivamente;
- ✓ Responde antes da pergunta ser completada;
- ✓ Dificuldade em esperar pela sua vez;
- ✓ Interrompe e intromete-se com os outros.

## **1.9 Indicadores de PHDA em momentos evolutivos distintos**

### **1.9.1 A PHDA nas diferentes fases da vida**

O grau de hiperatividade nos primeiros anos de vida é um forte valor preditivo. Todavia, quando se verifica uma certa permanência da perturbação nas crianças, há uma forte probabilidade de posteriores problemas de conduta, particularmente na adolescência.

Safer e Allen (1979 cit. por Garcia, 2001) pensam que se trata de um distúrbio que é concebido como um atraso no desenvolvimento, que constitui um padrão de conduta persistente, caracterizado pela inquietude e pela falta de atenção excessivas e que se manifesta em situações que requerem inibição motora. Aparece entre os 2 e os 6 anos e começa a diminuir de intensidade durante a adolescência. Esta definição também é assumida por Serrano (1990 cit. por Garcia, 2001). Pode estar presente em todas as fases da vida de um ser humano, apresentando, no entanto, diferentes características, consoante o estágio de desenvolvimento em que este se encontra. Assim, poderemos ter em conta alguns indicadores que, logo desde a primeira infância apontam para a possibilidade de futuramente a criança vir a ter uma PHDA. Dos 0 aos 2 anos não se pode falar de sintomas de hiperatividade mas de indicadores sintomáticos de um determinado padrão de comportamento. Apenas após os 24 meses, se pode falar em PHDA. Apresentamos de seguida as fases que as crianças, adolescentes e adultos com PHDA vivem e têm de saber ultrapassar (Barkley, 2002; Garcia, 2001; Lorente e Ávila, 2004).

✓ **Dos 0 aos 2 anos** - descargas mioclónicas (tipo de contração epiléptica caracterizada por uma contração muscular) durante o sono, problemas de ritmo e duração do sono, acordares sobressaltados, marcada distração durante a alimentação, olhares breves, dificuldades em terminar tarefas como por exemplo gatinhar para um objeto, resistência aos cuidados habituais e reação excessiva a estímulos auditivos e frequente irritabilidade.

✓ **Dos 2 aos 3 anos** - os primeiros sintomas de PHDA costumam manifestar-se entre esta idade. Durante esta etapa as crianças são mais difíceis de contentar e controlar do que as outras da mesma idade e necessitam de maior orientação. São uma minoria de crianças que se apresentam distraídas, desinibidas, muito ativas, não conseguindo

manter-se sentadas e absorventes, podendo complicar a vida familiar. Por vezes apresentam imaturidade ao nível da linguagem expressiva e da coordenação motora, apresentam pouca consciência do perigo e são muito propensas a acidentes.

✓ **Dos 4 aos 5 anos** - apresentam problemas de adaptação social, logo problemas em interagir com os pares, interrompem facilmente os outros, apresentam desobediência e dificuldades em seguir normas.

✓ **A partir dos 6 anos até à adolescência**-as crianças manifestam impulsividade, desatenção, fracasso escolar (trabalham abaixo do seu potencial), sentem dificuldade em seguir instruções, desistem facilmente da tarefa proposta, apresentam dificuldades em organizar tarefas, sendo pouco cuidadosas e apresentando falta de brio com os seus trabalhos. Têm comportamentos antissociais e problemas de adaptação social. Os seus comportamentos facilmente "chateiam" os outros e estão permanentemente agitadas, enquanto estão sentadas.

✓ **O adolescente com PHDA** - a adolescência é um momento difícil na vida dos humanos, pelas mudanças que esta etapa da vida requer. Marcada por transições nos domínios do desenvolvimento biológico como a puberdade; psicológicos na procura da construção de uma identidade pessoal e social através da influência que o grupo de pares exerce no adolescente, os problemas próprios da adolescência como a rebeldia, o mal-estar, e a instabilidade emocional, tornam-se mais complicados, se lhe acrescentarmos uma PHDA. A situação escolar é o maior problema do adolescente que tem no seu percurso inúmeros falhanços e insucessos a esse nível. A criança instável torna-se um adolescente com pouca capacidade de concentração, com um estilo cognitivo impulsivo, com distúrbios de comportamento e, ocasionalmente, dificuldades específicas de aprendizagem, o que por sua vez vai despoletar atitudes agressivas.

As características do adolescente com problemas de atenção são semelhantes às das crianças com o mesmo problema, apenas com diferenças decorrentes do próprio amadurecimento, da faixa de vida. Vejamos apenas algumas particularidades, de acordo com Lorente e Ávila (2004), que o adolescente evidencia:

- ✓ discute com facilidade, desafia e é intolerável face aos seus caprichos;
- ✓ apresenta rendimento académico baixo, o que provoca a deterioração da relação com os professores;
- ✓ tem uma autoimagem de si negativa, o que aumenta o risco de depressão;

- ✓ conduz motos ou carros de forma perigosa, expondo-se, frequentemente, a acidentes;
- ✓ abusa de experiências sexuais, uma vez que não tem maturidade suficiente para compreender e integrar na sua vida o desenvolvimento sexual e o papel que a sexualidade desempenha na vida humana;
- ✓ usa com frequência, álcool ou drogas.

Em geral os adolescentes com PHDA procuram as drogas porque se sentem, mesmo que de forma passageira, melhor sob o efeito delas, ou seja, a droga é uma forma de automedicação embora inadequada.

É de extrema importância ressaltar que é necessário fazer um diagnóstico preciso e fiável pois na adolescência, a PHDA pode ser confundida com problemas de comportamento e o seu diagnóstico pode ser mais difícil uma vez que os testes existentes baseiam os seus critérios em experiências feitas com crianças e não com adolescentes.

✓ O adulto hiperativo - Até há poucos anos achava-se que no final da adolescência os sintomas da PHDA regrediriam, com ou sem tratamento, e que o adulto ficaria livre das características que apresentava quando criança. Entretanto as pesquisas mais recentes provaram que esta perturbação tende a permanecer através da adolescência e continuar na idade adulta. Os traços são semelhantes aos da criança e aos do adolescente, com as modificações próprias da idade. Pesquisas atuais sugerem que 50% a 65% das crianças com PHDA continuam a apresentar sintomas quando atingem a vida adulta. Embora muitas delas possam trabalhar e ser autossuficientes, o seu nível de instrução e seu *status* socioeconómico tendem a ser inferiores se comparados a outros. O comportamento antissocial pode ser problemático, provavelmente, para no mínimo 20% a 45% dos adultos, com até 25% qualificando o adulto com diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial. Este padrão de comportamento antissocial é repetitivo e inicia-se na adolescência. Apenas 10% a 20% das crianças com PHDA atingem a vida adulta livres de qualquer diagnóstico psiquiátrico, com bom desempenho, e sem sintomas significativos da doença. O restante continua a apresentar muitos dos mesmos problemas que tiveram quando crianças e adolescentes, e ao lidar com esses problemas por tanto tempo pode trazer um trágico tributo. É importante ressaltar que talvez 25% se torne persistentemente antissocial na vida adulta. Os adultos portadores de PHDA cometeram ou cometerão, provavelmente, quatro vezes mais atos de agressão física

contra outras pessoas quando comparados a outros (Barkley, 2002). Apresentamos de seguida algumas características enumeradas pelo autor que persistem na idade adulta:

- ✓ fraca relação de trabalho e baixo *status*;
- ✓ mudam de trabalho mais frequentemente quando comparados com outros adultos sem PHDA e são, provavelmente, mais vezes despedidos do trabalho em consequência do seu comportamento e fraco autocontrolo;
- ✓ apresentam problemas significativos de capacidade de trabalho no que diz respeito à supervisão, à pontualidade, aos prazos, às escalas de trabalho, à persistência e à produtividade no cumprimento das funções designadas;
- ✓ apresentam desatenção, fraca inibição e dificuldade de resistir à distração;
- ✓ são impacientes e agitados.

Nos adultos são também comuns as perturbações ansiosas, as depressivas, as do apetite e do sono e o abuso de drogas (incluindo o álcool e tranquilizantes).

De forma geral, a abordagem do tratamento é a mesma para adultos portadores de PHDA que para crianças com a doença.

### **1.9.2 Em que idade se deve intervir?**

Na grande maioria dos casos, o diagnóstico da hiperatividade é feito demasiado tarde. Não é necessário esperar que a criança tenha sido retida um ou dois anos escolares para intervir, nem aguardar que a criança se tenha habituado à sua nova situação. O importante é, não deixar a criança sofrer inutilmente antes de intervir. Quanto mais cedo for feita uma intervenção mais eficaz esta será. O melhor seria descobrir a hiperatividade antes que as crianças atingidas entrassem para a escola. Com o decorrer dos anos constata-se uma grande melhoria na rapidez do diagnóstico e do tratamento. Os pais assumem um papel importante na revelação de problemas de hiperatividade dos seus filhos. É frequente estas crianças receberem tratamentos desadequados e serem medicadas de forma irresponsável para ficarem sossegadas. Atualmente crianças com apenas três ou quatro anos de idade já podem ser diagnosticadas com rigor e eficácia, o que ajudará em muito a criança, quando esta ingressar na vida escolar. O diagnóstico ao ser feito precocemente existirá tempo para desenvolver estratégias de modo a facilitar a sua adaptação e sucesso.



- **A PHDA não passa com a idade?**

Até há poucos anos acreditava-se que a PHDA era um problema restrito à infância e adolescência e que teria remissão espontânea no final da adolescência e início da idade adulta. Os trabalhos dos últimos anos evidenciaram que a perturbação tende a persistir na maior parte dos casos, e alguns autores chegaram mesmo a afirmar que pelo menos alguns traços da mesma jamais desaparecem. Os traços de hiperatividade e impulsividade podem diminuir com a idade, e podemos, mesmo, encontrar adultos sem esta característica, tendo sido hiperativos quando crianças. Por outro lado, as características de desatenção raramente desaparecem com a idade. No entanto, a identificação precoce do problema, seguida de tratamento adequado, tem demonstrado que essas crianças podem vencer os seus obstáculos, ou minorá-los em grande medida.

Cerca de 75% dos adultos que foram crianças hiperativas mantêm problemas significativos ou graves devido a esta disfunção, que deve ser encarada como um problema de extrema gravidade. Estudos recentes revelaram que 10% a 15% das crianças hiperativas apresentam, ao tornarem-se adultos, problemas psiquiátricos (como depressões severas) e antissociais importantes, desde o crime ao tráfico e consumo de droga e alcoolismo. Um outro grupo de adultos, entre os 50% e os 60%, que em crianças tiveram esta perturbação, têm problemas de concentração, interação social, dificuldades no trabalho e nas relações interpessoais, uma baixa autoestima e ansiedade. A falta de capacidade da sociedade compreender estas pessoas leva estas crianças ou jovens a ter este tipo de comportamento, uma vez que estes se sentem incompreendidos e frustrados. A psicopatologia da hiperatividade não é assim tão inofensiva. Isto não passa com a idade.

Como salientam os autores Sosin (2006), à medida que os jovens avançam na adolescência, as manifestações de hiperatividade costumam diminuir. Esta diminuição de hiperatividade está no começo da suposição incorreta (e do mito persistente) de que a síndrome de hiperatividade desaparece durante a adolescência. Na realidade, o presumível desaparecimento da hiperatividade provavelmente resulta da socialização e da maturação neurológica. Os jovens hiperativos aprenderam a gastar as energias através de movimentos mais subtis e menos aparentes. A criança hiperativa torna-se um adulto inquieto.

Segundo Lorente e Ávila (2004), o futuro da criança hiperativa é imprevisível. Sabe-se que em 25 % das crianças diagnosticadas como hiperativas esta conduta desaparece por completo quando elas atingem a adolescência. Em 50% dos casos, no entanto, continuam a apresentar dificuldades de atenção e mostram-se impulsivas durante a vida adulta. Estes adultos hiperativos correm um certo risco de vir a sofrer de depressões, parcialmente causadas pelos fracassos que esta conduta acarreta. Finalmente há um terceiro grupo de hiperativos, assim diagnosticados na infância, nos quais não só persistem as condutas específicas da hiperatividade como estas se associam a condutas antissociais. Este grupo é o de pior diagnóstico. Sabe-se que infringem, com frequência, a lei, abusam do álcool ou de outras drogas e que são incapazes de alcançar qualquer estabilidade familiar ou laboral.

Segundo Garcia (2001) à medida que se avança na idade e nos aproximamos da adolescência, o excesso de atividade motora diminui e as crianças hiperativas caracterizam-se por ser impacientes e por se sentir incomodadas nas situações em que se lhes exige a satisfação de requisitos escolares e a obtenção de resultados académicos. Ambas as circunstâncias contribuem para o insucesso académico que acompanha a hiperatividade. Na adolescência, a estes problemas acrescenta-se o incumprimento das obrigações e dos deveres familiares e escolares em favor de atividades menos comprometedoras. Os jovens hiperativos manifestam mais problemas de conduta, sofrem mais acidentes e são submetidos a tratamentos com mais frequência.

O DSM-III-TR (APA 1987 cit. por Garcia, 2001) indica que aproximadamente um terço dos indivíduos diagnosticados com hiperatividade na infância manifesta sinais do distúrbio na idade adulta.

Como conclusão, o autor Barkley (2002), refere que um dos aspetos mais inquietantes da PHDA para os pais é que ela evolui com o crescimento da criança. O que funcionou aos 6 anos pode não funcionar com a idade de 16 anos. Até 80% das crianças em idade escolar com diagnóstico de PHDA continuarão a ter a doença na adolescência e, entre 30 e 65% continuarão a apresentá-la na vida adulta, dependendo de como o transtorno é definido em cada caso particular.

### 1.10 Critérios de diagnóstico

Os sintomas da PHDA são inespecíficos e não existe, infelizmente, ainda nenhuma análise ao sangue ou à urina ou algum tipo de “raio x”, que permita fazer um diagnóstico rápido e preciso que detete se uma criança apresenta ou não esta perturbação.

Para Parker (2003) as características principais da PHDA não são difíceis de detetar, em casa ou na sala de aula. No entanto, nem todas as crianças que são hiperativas, impulsivas ou desatentas evidenciam desordem por défice de atenção. Estes mesmos sintomas podem resultar de outros fatores, tal como frustração sentida em relação ao trabalho escolar considerado por estas demasiado difícil, falta de motivação, preocupações de ordem emocional ou ainda outras condições de saúde. Uma vez que o diagnóstico é, por várias razões uma tarefa árdua e difícil, importa também determinar se o problema é da criança ou do adulto, pois muitas vezes o ponto de vista dos pais vem carregado de imprecisão e desconhecimento, em que os sentimentos se sobrepõem às evidências.

A definição clínica da PHDA é estabelecida pelo Diagnostic and Statistical Manual (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria e tem sido várias vezes revista ao longo dos últimos quinze anos. A definição clínica de PHDA mais recente encontra-se no DSM-IV-TR (2002:87,92) e nele são delineados 18 sintomas de PHDA agrupados em categorias. Esta assenta num conjunto de critérios de diagnóstico, que requer a presença persistente e perturbadora, de pelo menos, seis sintomas de uma lista de dezoito. Nove relacionados com problemas de atenção e outros nove relacionados com problemas de hiperatividade/impulsividade. De acordo com esta classificação, a criança com PHDA pode pertencer a um de três subtipos, tomando como referência o predomínio de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade: **combinado ou misto**, em que coexistem os dois tipos de sintomas, preenchendo pelo menos seis dos nove comportamentos de ambas as categorias; **predominantemente desatento**, quando preenchem pelo menos seis dos nove comportamentos de desatenção e **predominantemente hiperativo e impulsivo**, quando preenchem pelo menos seis dos nove comportamentos de hiperatividade-impulsividade.

A. (1) ou (2):

(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, em relação com o nível de desenvolvimento.

- **Falta de Atenção**

- ✓ Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;

- ✓ Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;

- ✓ Com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;

- ✓ Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);

- ✓ Com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;

- ✓ Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);

- ✓ Com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

- ✓ Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

- ✓ Esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade - impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento.

- **Hiperatividade**

- ✓ Com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

- ✓ Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

- ✓ Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);

- ✓ Com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;

- ✓ Com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";

- ✓ Com frequência fala em excesso.

- **Impulsividade**

- ✓ Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

- ✓ Com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;

- ✓ Com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).

### **Caraterísticas associadas**

- ✓ A caraterística essencial de PHDA é um padrão persistente de falta de atenção e ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento;

- ✓ Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam problemas devem ter-se manifestado antes dos sete anos de idade. Todavia, muitos indivíduos são diagnosticados depois de os sintomas terem estado patentes durante diversos anos, sobretudo no caso de pessoas com o Tipo Predominantemente Desatento;

- ✓ Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em duas situações, em casa, na escola ou no trabalho;

- ✓ Devem subsistir provas evidentes de um défice clinicamente expressivo do funcionamento social, académico ou laboral;

- ✓ A desordem não ocorre exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não é melhor

explicada por outra perturbação mental como por exemplo uma Perturbação do Humor, ou Perturbação da Personalidade, entre outras.

Contudo, o autor Barkley (1990 cit. por Falardeau, 1999), embora defensor dos critérios do DSM-IV-TR (2002) aponta algumas mudanças a fazer, tais como, avaliar o número de critérios necessários ao diagnóstico em função da idade do sujeito, aumentar para dez o número de critérios que devem estar presentes nas menores de seis anos e que se diminua essa presença para seis nas maiores de doze anos, às crianças entre os seis e os doze, aplicar-se-iam os oito critérios, diminuía-se os nove critérios a sete para as mais jovens e a cinco para os adolescentes. Recomenda ainda que se reduza a idade de início dos sintomas para menos dos seis anos uma vez que muitas crianças apresentam os seus primeiros sintomas pelos quatro/cinco anos de idade e se prolongue para doze meses a duração mínima dos sintomas.

Assim, na determinação do diagnóstico da PHDA devem ser tidas em conta outras informações baseadas em dados clínicos e noutros instrumentos de avaliação e diagnóstico. É importante referir que se deve determinar a existência de outros sinais ou sintomas de distúrbios associados, uma vez que a associação destes à PHDA pode ser um fator de risco para uma evolução menos favorável.

### **1.11 Modelos de intervenção**

A PHDA é vista como uma perturbação que está intimamente relacionada com o meio. Nos meios onde se espera que a criança seja mais vista do que ouvida, onde se requer que ela esteja com mais atenção e que demonstre um comportamento mais calmo e exemplar, os problemas tendem a complicar-se. Assim, a compreensão que as pessoas significativas, principalmente os adultos com quem a criança lida diariamente, tiverem da problemática da PHDA, determinarão a exibição mais ou menos expressiva dos sintomas de hiperatividade, de impulsividade e de desatenção.

Adultos informados e conhecedores dos sintomas da PHDA, serão capazes de preparar os ambientes de tal forma que o comportamento da criança se torne o mais adequado e a mesma sinta sucesso. Ao adulto compete, ainda, dispor de encorajamento para que os comportamentos adequados se repitam vez após vez.

As crianças com comportamentos hiperativos-impulsivos e com falta de atenção constituem um grupo heterogéneo e revestido de múltiplas facetas, como tal é natural que haja diferenciação quanto ao tipo de intervenção a adotar. O entendimento de cada caso, em particular, ajuda a prever qual a melhor forma de tratamento, diversificando as opções entre tratamento médico pela administração de psicofármacos, ou através do emprego de práticas de alteração do comportamento, de práticas cognitivas ou ainda através de uma intervenção multidisciplinar articulando as diferentes vertentes.

A adequação dos programas escolares poderá e deverá ser uma vertente fundamental nas opções de tratamento, pois é na escola onde se manifestam com mais intensidade os sintomas que impedem uma aprendizagem normal.

Segundo Safer e Allen (1980 cit. por Vásquez, 1997), dado o grupo tão heterogéneo de crianças com comportamentos hiperativos caberia pensar que a melhor de todas as terapias é a multidisciplinar, se bem que pareça que na prática, o tratamento farmacológico e a terapia do comportamento costumam ser os mais eficazes.

De tal modo para ajudar a criança a ultrapassar ou diminuir a sua hiperatividade devemos ter presente a ajuda farmacológica, a psicológica e a educativa. A eficácia de qualquer tipo de intervenção está dependente do seguimento ao longo do tempo e da manutenção de mais do que uma metodologia de intervenção.

É óbvio que a intensidade dos sintomas muda muito de uma criança para outra. Nalgumas, os sintomas serão ligeiros e pouco prejudicarão os estudos e vida comportamental e social; noutras, muito mais atingidas, será necessário um tratamento muito elaborado. Não existem duas crianças hiperativas idênticas.

Segundo Barkley (2002), considera-se a existência de um conjunto de três elementos essenciais para a intervenção em PHDA. São eles o tempo, o momento e os agentes. A atenção a estes três elementos fará toda a diferença no prognóstico da intervenção. Os indivíduos com PHDA apresentam um grave problema em orientar e administrar o tempo de que dispõem para a realização das suas tarefas o que constitui a "invisível" e mais representativa fonte de perturbação dos mesmos. Devido a tal, a intervenção deverá orientar-se, fundamentalmente, para a ajuda na realização daquilo que os sujeitos sabem fazer, no momento certo. A intervenção só será eficaz na medida em que seja assegurada por um técnico que promova uma intervenção ao nível dos défices neuropsicológicos de inibição comportamental (Lopes, 2004).

Tendo em conta a natureza multidimensional da PHDA, devemos ter uma atenção especial sobre os métodos de tratamento/intervenção que mais frequentemente são utilizados e que são mais referidos ao nível da literatura como sendo aqueles com os quais se obtêm os melhores resultados, sem nunca perder de vista a ideia que, tal como na avaliação e diagnóstico, também a intervenção deverá ser multimodal. Esta intervenção pode e deve englobar várias metodologias e estratégias de intervenção: intervenção farmacológica, intervenção psicoterapêutica e intervenção psicossocial. Existe ainda um conjunto de variáveis que devem ser tidas em contano momento da escolha dos programas de intervenção, tais como, os fatores contextuais que dizem respeito ao ambiente onde a criança interage, os recursos físicos, didáticos e humanos e eventualmente a adequação de programas escolares.

Depois de analisado cada caso, será determinada a melhor forma de tratamento podendo as opções variar entre o uso de psicofármacos, técnicas de modificação de comportamento ou técnicas cognitivas e metacognitivas.

#### **A. Tratamento médico-farmacológico**

A medicação parece ser um dos tratamentos mais eficazes nos sintomas de falta de atenção, impulsividade e atividade excessiva nas crianças. Embora rodeado de alguma



controvérsia, o uso de medicamentos continua a receber o apoio da investigação, sobretudo quando usado em conjugação com outras terapias. A medicação vai estimular o desenvolvimento da Dopamina considerada um neurotransmissor vital e que segundo vários autores e ao longo da nossa pesquisa achamos que existe em menos quantidade ou está adormecida nas crianças com PHDA.

Ramos (1991 cit. por Garcia, 2001) refere que embora não existam dados definitivos, parece que a Dopamina e a Norepinefrina são as duas monoaminas mais claramente relacionadas com o distúrbio hiperativo.

Os autores Sosin (2006) definem um neurotransmissor como uma substância química que transporta sinais de uma célula nervosa para outra. Está comprovado que, por vezes, as pessoas com PHDA podem não produzir Dopamina suficiente para o funcionamento ótimo das regiões frontal e pré-frontal do cérebro, que se pensa agirem como filtro ou “freio” para harmonizar os pensamentos e as ações. As medicações estimulantes são o tratamento mais eficaz para os principais sintomas de falta de atenção, impulsividade e atividade excessiva. Jovens com PHDA observam que a medicação estimulante parece permitir-lhes sentirem que têm as coisas sob controlo pela primeira vez na vida. Os medicamentos permitem que os alunos tenham controlo sobre si mesmos.

Para Falardeau (1999) o tratamento da hiperatividade com medicamentos só deve ser considerado depois de uma avaliação completa feita por especialistas e na certeza do seu diagnóstico. A utilização de medicação permite um melhoramento ao nível do rendimento escolar e do ajustamento social, em cerca de 70% a 90% das crianças tratadas. Os pais deverão ser devidamente informados das indicações terapêuticas, dos efeitos secundários, contraindicações, bem como devem ficar detentores de todo um conjunto de informações pertinentes, antes de se tomar a decisão de optar por uma intervenção medicamentosa.

Hallowel e Ratey(1994), Silver (1993), Wender (1987cit. por Sosin, 2006), concordam que a utilização de medicação é um fator de intervenção crucial para o sucesso no tratamento. A medicação ajuda as crianças e jovens a controlar melhor os seus comportamentos, bem como, a diminuir a irritabilidade, permitindo uma melhor orientação e consequentemente sucesso académico.

Até ao momento existem os chamados psicostimulantes e os antidepressivos aprovados para o tratamento da PHDA. Como psicostimulantes podemos recorrer à Dexedrina (R),

Ritalina (R), Adderall (R), Desoxyn (R), Cylert (R) e Rubifen. Estes estimulantes são absorvidos pelo organismo de forma rápida, tendo os melhores efeitos obtidos 1,5 a 2,5 horas após a ingestão. Os efeitos comportamentais fazem-se sentir por norma entre 30 a 60 minutos após a ingestão e o pico desse efeito entre 3 a 5 horas após a ingestão.

Os antidepressivos como o Prozac e o Zoloft podem também ser aconselhados para este tipo de pessoas. Estes medicamentos têm efeitos menos duradouros, atuação mais lenta e maior número de efeitos secundários, entre os quais insónias, perda de apetite, problemas cardíacos, aumento da pressão arterial, irritabilidade e vômitos.

Passamos a enumerar alguns exemplos como:

- ✓ Ritalina - para algumas pessoas com PHDA, o Metilfenidato (Ritalina) aumenta a concentração e ajuda a manter a atenção mais do que os outros agentes. Embora a Ritalina seja habitualmente prescrita pela maioria dos pediatras e outros especialistas que lidam com a PHDA, para a maioria dos indivíduos a sua ação prolonga-se apenas por três a quatro horas. Apesar de haver um formato de ação prolongada da Ritalina disponível, a sua distribuição é inconstante e não é possível uniformizá-la muito facilmente. Uma desvantagem da Ritalina é que o seu efeito passa muito rapidamente, muitas vezes mais cedo do que se esperava;

- ✓ Dexedrina - a utilização de dextroanfetamina (Dexedrina) iniciou-se em 1937 e dispõe de duas modalidades, as drageias que têm uma duração de três a seis horas e as cápsulas de longa duração de oito a dezasseis horas. As cápsulas de longa duração têm a vantagem que apenas numa toma pode-se controlar o comportamento da criança para todo o dia. A quantidade de anfetamina de que uma criança hiperativa necessita oscila entre 5 e 60 miligramas diários;

- ✓ Cylert - aPemolina (Cylert) tem uma ação prolongada (6 a 8 horas em média) e é o único medicamento disponível em formato de comprimido mastigável. O Cylert requer análises ao sangue mais frequentes para monitorizar a função hepática e a sua quantidade de dosagem é de 18,75 a 112,5 miligramas por dia;

- ✓ Adderall - estes comprimidos são semelhantes à Dexedrina, mas a sua ação prolonga-se por 4 a 5 horas, podendo causar menos irritabilidade;

- ✓ Desoxyn - o Desoxyn está disponível em comprimidos normais e de ação prolongada. É parente da Dexedrina mas a sua ação é mais duradoura (4 a 5 horas, no caso dos comprimidos normais; 8 a 10 horas no caso dos comprimidos de ação

prolongada). Também tem menos efeitos secundários, como a irritabilidade e a sonolência;

✓ Rubifen - é conhecido como Methylphenidate, começou a ser utilizado na década de 60 e pode ser administrado 10 a 120 miligramas por dia. Tem uma duração de efeito que pode oscilar entre as três e quatro horas (Sosin, 2006; Lorente e Ávila, 2004).

Contudo ainda é um modelo de tratamento rodeado de alguma controvérsia.

Constatou-se ainda que, se o acompanhamento dos sujeitos que estão a ser medicados for disciplinado, isto é, com a dosagem adequada mensalmente ao progredir dos sintomas de acordo com o *feedback* fornecido pelos pais e, eventualmente, pelos professores, alcança-se resultados superiores àqueles apurados no processo em que o clínico se limita a prescrever sem mais acompanhamento, como é frequente na maioria dos serviços de saúde. O médico deve optar pelo estimulante mais adequado para cada criança, tendo em consideração o tempo que o medicamento demora a fazer efeito sobre o comportamento, qual a duração do efeito dos mesmos, quais os efeitos secundários indesejados e também deve atender à confiança e familiaridade que tem no fármaco. É importante realçar que nem sempre é indicado, ou mesmo conveniente, prescrever medicação a todas as crianças que apresentam PHDA. A opinião mais consensual, entre especialistas, é a de apenas receitar medicação quando os métodos psicológicos se revelam insuficientes. Aparentemente, a aplicação medicamentosa é tanto mais apropriada quanto maiores forem as manifestações da perturbação, de modo que a sua administração é, particularmente, favorável nas crianças em que se verifica uma falta de controlo permanente. Apesar disso, a sua prescrição não é de todo indicada em algumas situações quando a criança sofre ou já sofreu de tiques nervosos, alterações de pensamento, ansiedade e transtornos psicossomáticos.

De acordo com García (2001) existem algumas orientações que devem nortear a decisão de prescrever tratamento farmacológico:

✓ comprovar se foram aplicadas outras iniciativas terapêuticas, especialmente tratamentos comportamentais, e, em caso afirmativo, quais os seus resultados;

✓ analisar as possibilidades de aplicar o tratamento com êxito. Isto significa que, antes do seu início, é necessário avaliar a capacidade e a motivação dos pais e da família em geral para seguir as prescrições médicas, assim como as suas atitudes prévias para

com o tratamento com fármacos, pois é possível que alguns pais não aceitem a possibilidade dos seus filhos tomarem estimulantes durante um certo período;

- ✓ antecedentes familiares no consumo de drogas (quando se tiver conhecimento de que algum membro da família é viciado em substâncias tóxicas, o especialista decide-se-á, habitualmente, de forma negativa sobre a conveniência da prescrição farmacológica);

- ✓ considerar as atitudes e as expectativas da criança para com o tratamento farmacológico;

- ✓ ter em conta a idade da criança e não prescrever medicação a jovens e adolescentes.

Como refere Fernández (1980 cit. por Vásquez, 1997) os medicamentos psicotrópicos não «curam», no sentido estrito do termo, mas sim, modificam condutas e funções, permitindo a atuação de outras medidas terapêuticas.

Para Lorente e Ávila (2004), os fármacos que se administram à criança não curam a hiperatividade, mas ajudam a controlá-la; atuam no sistema nervoso, fazendo-o funcionar mais eficazmente. Ainda que estes fármacos não curem a hiperatividade, promovem o aparecimento no organismo de uma maior quantidade de catecolaminase, desta forma, os níveis de atenção e de inquietação motora ajustam-se melhor às exigências do meio. Os fármacos, portanto, são uma terapia imprescindível para este tipo de crianças uma vez que funcionam como estimulantes e não tranquilizantes.

A criança quando toma este tipo de medicação deve ser informada do porquê de modo a reagir bem e a não gerar futuros preconceitos e frustrações. Ao saber que a toma do medicamento a ajudará a controlar pequenas falhas esta vai esforçar-se por se comportar de forma mais ajustada.

Os efeitos secundários podem ser o aumento da atividade, perda de apetite, insónias, anorexia, cefaleia, dor abdominal, irritabilidade ou sensação de cansaço, desorientação, depressão, choro excessivo, diminuição do crescimento, reação alérgica embora com uma percentagem muito reduzida ou agravamento dos sintomas anteriores.

Contudo, importa salientar que os medicamentos não provocam habituação nas crianças como acontece nos adultos e os efeitos secundários são pouco frequentes. Não existe nenhum risco na toma da medicação se a recomendação do médico for cumprida de forma responsável e a dose bem medicada. Além do mais permite à criança uma maior

atenção e controle da sua impulsividade e atividade motora o que a conduzirá a um comportamento mais propositado e dirigido para objetivos.

## **B. Terapia comportamental**

Uma das estratégias de intervenção mais importantes na modificação de comportamentos de alunos hiperativos é o uso de reforço. Este poderá ser de ordem material, social ou afetiva. Um reforço será tanto mais eficaz, quanto imediato e contingente à ação decorrente. O reforço material diz respeito à atribuição de recompensas materiais como por exemplo rebuçados ou brinquedos após a ocorrência do comportamento desejado ou depois de ter acumulado determinada pontuação. O reforço social consiste basicamente em valorizar social ou afetivamente a criança (através do sorriso, afeto, expressões de encorajamento) um comportamento correto, promovendo assim a sua frequência. O reforço social e material utiliza-se para aumentar a probabilidade de ocorrência de um comportamento desejável através da recompensa. O reforço deve ser individual, seguir imediatamente o comportamento desejado, ser fornecido de forma sistemática inicialmente, para depois ser gradualmente retirado.

Os programas mais conhecidos são os programas de *token* (economia de fichas) e os contratos. O reforço *token* que significa sinal ou símbolo ligado a um reforço material representa um valor (carimbo, autocolante, cartões) que faz a vez de algo. Não são recompensas imediatas, vão-se acumulando e após determinado montante e período de tempo, serão trocados pela recompensa escolhida. Os contratos podem ser estabelecidos entre a criança e os pais ou com os professores, onde são estipulados os comportamentos desejáveis e as suas consequências.

Outra estratégia é a punição, na qual se aplica uma consequência negativa, contingente ao comportamento que a precedeu e que se pretende que diminua a frequência. Como principais formas de punição temos o *time-out* e o custo de resposta. A técnica de *afastamento de reforço positivo (time-out)* consiste em isolar a criança, mandando-o sair do local onde se encontrava ou isolando-o num canto, de modo a que ele sinta a natureza negativa do seu comportamento. Esta é uma medida que só deve ser aplicada em casos extremos, em infrações muito graves, devendo também ser utilizado no momento após a infração, necessitando ainda de ser usada com firmeza e por um curto espaço de tempo. Depois de cumprido o afastamento, deve existir um período calmo e

de reflexão, em que o aluno expresse a vontade de corrigir os seus comportamentos. O *custo de resposta* tem o objetivo de penalizar comportamentos inadequados, de modo a facilitar a ocorrência dos comportamentos desejados. O custo de um comportamento inadequado poderá ser expresso de diversas formas: avisos, reprimendas, perda de privilégios, ou redução de pontos.

De acordo com Ribes (em Ribes 1986 cit. por Vásquez, 1997), a estratégia de intervenção deve seguir, de uma forma geral, os passos das técnicas de modificação do comportamento, a saber:

- ✓ definição operacional do comportamento problemático;
- ✓ registar a medida inicial do comportamento através do estabelecimento da linha de base;
- ✓ definição dos fatores que motivam o comportamento e o fazem persistir;
- ✓ aplicação do programa de alteração do comportamento com recurso sobretudo ao reforço;
- ✓ avaliação do processo, se a mudança foi de facto efetiva;
- ✓ prosseguir com o programa.

Dito de outro modo, o propósito de qualquer tratamento comportamental reside em diminuir a ocorrência de comportamentos inconvenientes e elevar a ocorrência de comportamentos desejados.

No que concerne à família consideramos que a criança com PHDA terá mais capacidade de adaptação em ambientes familiares bem organizados e assentes em rotinas e normas precisas, onde as expectativas dos adultos são sólidas e os objetivos são instituídos com transparência e usados de forma imediata.

Segundo Ribes (em Ribes 1986 cit. por Vásquez, 1997), o que interessa é realizar uma análise funcional da conduta hiperativa, não para etiquetar a criança dentro de um quadro nosológico, mas para conhecer a forma, frequência e intensidade dos seus comportamentos disruptivos com o fim de aplicar um programa de modificação que permita implementar ou manter os comportamentos mais adaptados e reduzir/extinguir os comportamentos inadaptados.

No âmbito familiar deve existir o treino dos pais para que o comportamento hiperativo da criança seja tratado no seio familiar. Devem ser seguidos os seguintes passos:

- ✓ a disciplina deve ser um ato baseado na conduta;

- ✓ estabelecer uma rotina diária;
- ✓ evitar as punições físicas e verbais;
- ✓ quando a criança tem sucesso recompensá-la com estímulos positivos;
- ✓ atuar como modelos positivos;
- ✓ treino na definição operativa, observação e registro imediato de comportamentos hiperativos;
- ✓ extinção e eliminação de reforços desadequados e aposta em novos sistemas de reforço.

No âmbito escolar, Safer e Allen (1979 citado por Vásquez, 1997), defendem que, dado a hiperatividade pressupor não apenas um desajuste do comportamento da criança, mas também das suas aprendizagens, os programas de tratamento devem visar tanto o progresso acadêmico como a diminuição da sintomatologia comportamental, mas dando prioridade ao primeiro aspeto. Assim, deste ponto de vista, ao ser compensado o rendimento académico, o comportamento perturbado deverá diminuir, já que se consideram incompatíveis. No âmbito escolar é primordial que o professor elogie as atitudes positivas dos alunos e dê menos importância às atitudes menos positivas, reforçando os comportamentos adequados e criando um clima de empatia entre os dois. Devem ser proporcionadas orientações psicopedagógicas tais como:

- ✓ ambiente de aprendizagem adequado;
- ✓ relaxamento;
- ✓ atividades que aumentam o nível de atenção-concentração;
- ✓ jogos educativos.

Em suma, se a terapia comportamental for implementada num ambiente salutar e bem estruturado, pode permitir o uso de doses mais baixas de medicação. Este tratamento deverá dar especial importância à atenção, hábitos de estudo e de trabalho com vista a resultados académicos positivos.

### **C. Tratamento cognitivo-comportamental**

Outro tratamento orientado para alterar o comportamento dos alunos, consiste em tentar interferir no modo como eles pensam, vivem e interpretam as situações. A ideia base é a de que, ao modificar fatores internos do indivíduo, se modifica o seu comportamento.

É uma das formas mais atuais no tratamento da PHDA e propõe-se a aumentar o uso da linguagem como atividade encarregue de interiorizar o controlo sobre o comportamento. Assim, existem alguns programas de treino para crianças hiperativas, com a finalidade de aumentar o autocontrolo, aprendendo a "falar para si próprios".

- **A aprendizagem e o treino de autoaprendizagem Meichenbaum (1969)**

Este programa tem dado ótimos resultados no tratamento da PHDA uma vez que se baseia na função autorreguladora da linguagem e tem dado excelentes resultados na hiperatividade (em cidad 1986, cit. por Vásquez, 1997).

Para tal, deve seguir-se os seguintes passos:

- ✓ o professor realiza a tarefa, falando para si próprio em voz alta, especificando o que cada criança tem que fazer e como deve fazê-lo, enquanto é observado por este (modelo cognitivo);
- ✓ a criança realiza a tarefa, sendo guiada verbalmente pelo professor (guia externo explícito);
- ✓ o aluno realiza a tarefa dando a si próprio as instruções, em voz alta (auto-guia explícito);
- ✓ a criança sussurra as instruções enquanto realiza a tarefa (auto - Guia manifesto esbatido);
- ✓ a criança realiza a tarefa guiando-se pela sua linguagem interna (auto - Imagem implícito).

É muito útil nas tarefas tradicionalmente escolares como ler, responder a questões por escrito, mas também tarefas de índole mais lúdica como por exemplo recortar, colar, pintar, entre outros.

Algumas frases ajudam a traçar estratégias cognitivas correspondentes aos objetivos pretendidos: a) Estratégias de auto - questionamento: "O que tenho que fazer?", "Por onde devo começar?"; b) Análise das tarefas: "...assim", "...cuidado", "...devagar"; c) Auto - Correção: "Assim não...", "Devia ter conseguido...", "Posso fazê-lo...".



- **Treino de Comportamentos Sociais**

A criança hiperativa não apresenta dificuldades somente no contexto escolar, também nas interações sociais onde esta não está completamente à vontade, revelando comportamentos perturbadores.

“As dificuldades da criança hiperativa incidem também no campo das suas interações sociais e, por isso, pode ser necessário algum programa de treino para solucionar problemas cognitivos interpessoais que ajudem a criança a melhorar as suas relações sociais (Kanfer, 1971 em Sainz e Villasla, 1990, cit. por Vázquez, 1997).

- **Técnica da Tartaruga (Schneider e Robin, 1976, cit. por Vázquez, 1997)**

Esta técnica visa a aprendizagem do autocontrolo. Normalmente é apresentada em forma de conto (principalmente em crianças pequenas) e ensina-se a criança a andar devagar, tal como a tartaruga. Desenvolve-se em quatro fases:

- ✓ ao ouvir a palavra "tartaruga" a criança responde dobrando o corpo sobre si mesma;
- ✓ a criança relaxa na posição de tartaruga;
- ✓ a criança aprende uma solução alternativa à resolução do problema;
- ✓ tem a vantagem de também poder ser aplicada em casa.

#### **D. Tratamento Psicossocial**

O tratamento psicossocial revela-se como preferencial nas referências ao tratamento para a PHDA.

Segundo Barkley (2000) podem dividir-se em três grupos de estratégias: o treino de pais, a implementação de programas de modificação do comportamento em situação de sala de aula e colocação do aluno em educação especial.

A intervenção psicossocial, tendo como objeto os pais, integra vários tipos de intervenção:

• **Programa de treino de pais** - tem como objetivo melhorar as relações entre pais e filhos, ensinando aos pais diferentes formas de lidar com o comportamento de seus filhos. Também têm como objetivo a formação e informação dos pais relativamente à PHDA. O treino de pais baseia-se no princípio do condicionamento operante, o qual preconiza que, com técnicas de reforço adequadas, há aumento na frequência de comportamentos adequados. Para Barkley (2000), criar uma criança com PHDA pode ser um grande desafio para qualquer pai. Estas apresentam um elevado nível de desatenção, impulsividade, desinibição e excesso de atividade motora, ao mesmo tempo que carecem de muita atenção. Os seus problemas podem ser encarados como um fardo para os seus pais, chegando a questionar a decisão de terem tido um filho. Segundo este autor, os programas de treino de pais devem incluir as seguintes questões:

- ✓ conhecimento geral sobre a PHDA;
- ✓ as causas dos problemas de comportamento da criança;
- ✓ aprendizagem e desenvolvimento das habilidades de resposta dos pais;
- ✓ dar atenção aos comportamentos adequados da criança;
- ✓ implementar em casa sistemas de "quadros de reforço";
- ✓ aprendizagem do controlo de comportamentos em lugares públicos;
- ✓ prevenir futuros problemas.

Também para o mesmo autor, o treino parental não é adequado a todas as situações e aplica-se de forma mais eficaz para casos de crianças com PHDA com idades entre os 2 e os 11 anos e em casos de famílias relativamente estáveis, com ausência de psicopatologia depressiva da mãe, *stress* familiar ou situações de rutura matrimonial que obviamente interferirão de forma negativa no programa de intervenção.

• **Grupos de suporte** - forma adicional de intervenção com os pais de crianças com PHDA. Estes grupos têm como principal objetivo a entreaajuda e suporte mútuo.

• **Intervenção na relação pais-filhos**-esta intervenção é constituída por uma combinação de aconselhamento aos pais com terapia cognitivo-comportamental. Esta intervenção inclui, de forma global, as seguintes questões:

- ✓ treino dos pais e dos adolescentes nas técnicas de resolução de problemas especificamente nas áreas de conflito;
- ✓ aprendizagem de ambos no sentido de colocar as técnicas aprendidas em prática de forma sistemática;

✓ redirecionar as relações entre pais e filhos, refazendo as ideias que têm uns dos outros e que, muitas vezes, gerem as suas reações de forma negativa.

Este tipo de intervenção é direcionado para crianças com PHDA a partir dos 11 anos de idade e a sua eficácia está muito dependente do grau de severidade dos sintomas das crianças, nomeadamente das desordens da conduta e do comportamento de oposição, bem como da motivação e empenho dos pais e crianças em todo o processo, para além do nível das capacidades verbais de todos os membros implicados. A intervenção psicossocial também tem como objeto de intervenção o contexto escolar e os professores.

### **E. Tratamento Multimodal**

Hoje em dia, a grande maioria dos programas é multimodal, em especial a partir da combinação da farmacologia e da intervenção comportamental. Esta nova perspetiva surge em função das limitações da administração de medicamentos e das intervenções psicossociais de forma isolada, na atualidade. Se por um lado a intervenção comportamental com os pais faz com que possam lidar melhor com os filhos na altura em que os efeitos do medicamento começam a passar, por outro lado, a medicação também reduz os comportamentos desajustados, levando a uma maior facilidade de intervenção. Apenas a conjugação de formas de intervenção poderá conduzir a efeitos de longo termo.

Em suma, todos estes fatores devem estar presentes no tratamento, uma vez que só os fármacos não resolvem o problema visto que a criança tem de ser ajudada a nível comportamental, académico, físico e intelectual. Importa que no tratamento pelo menos exista acompanhamento médico, planeamento educacional, modificação do comportamento e aconselhamento psicológico, o que se conseguir fazer além disto tanto melhor. Ao conjugar a farmacologia, com a intervenção comportamental e tendo em conta a rede de relações humanas vamos de encontro às necessidades da criança. Estes são alguns programas que visam educar a criança para alcançar e manter um comportamento desejável.

É muito importante a informação acerca desta problemática para que observações e conotações do género "mal-educado", "distraído" e "desobediente" deixem de ser rótulos atribuídos a estas crianças.

## **1.12 Formas/ Instrumentos de avaliação**

Existem diversas formas para a avaliação do comportamento hiperativo, no entanto as escalas e questionários de comportamento parecem ser aqueles que traduzem valores mais válidos. São instrumentos bastante utilizados porque permitem avaliar as crianças hiperativas mediante informação recolhida através dos pais, professores ou outros adultos, que interagem com a criança no seu meio natural (Garcia, 2001).

Quanto à metodologia a empregar na avaliação da PHDA, conducente a um diagnóstico "fiável", esta deverá segundo Lopes (2004), compreender as seguintes etapas: entrevista com a criança ou adolescente e os pais; exame médico; preenchimento de questionários pelos pais; entrevista com o(s) professor(es); preenchimento de questionários pelo(s) professor(es); observação direta do comportamento da criança ou adolescente nos diferentes contextos.

Por sua vez, segundo De Roberts e La Greca (Em Miranda e Santamaria, 1986 cit. por Vásquez, 1997), parece que as medidas mais fiáveis e válidas para a avaliação dos comportamentos hiperativos são os questionários e as escalas de comportamento.

Os objetivos principais seriam a recolha da história clínica que inclui: dados básicos de identificação pessoal, descrição esquemática da estrutura familiar, identificar as características essenciais da situação escolar, conhecer os motivos e finalidades da consulta, identificar as expectativas iniciais da família, obter uma breve descrição de tratamentos anteriores, profissionais ou não. Esta informação deverá ser completada com os dados que nos serão facultados pelo professor, baseados em relatórios ou escalas de observação, dado o seu grande contacto com as crianças. Fernández (1980 cit. por Vásquez, 1997) considera que a história clínica é a mais importante fonte de dados.

Relativamente à aplicação de questionários e escalas de avaliação, esta revela-se de extrema importância, uma vez que são instrumentos indispensáveis e essenciais ao diagnóstico da PHDA. O uso de vários instrumentos de medida vem tornar a avaliação mais válida em termos ecológicos. Estes instrumentos devem ser preenchidos pelos pais e professores, no caso das crianças e pelo cônjuge, no caso de adultos. São considerados um método indireto de recolha de informação e são, juntamente com a entrevista, o principal meio de recolha de informação. O uso destes instrumentos são uma peça fundamental no apuramento das perceções dos pais e dos professores, mediadores

essenciais acerca dos padrões de comportamento típicos das crianças no seu ambiente natural. Os pais são, potencialmente, informadores fidedignos dos comportamentos mais observáveis e que mais facilmente são perturbadores. Quanto aos professores, estes são observadores privilegiados, uma vez que, a partir da comparação com crianças da mesma faixa etária, e supostamente com o mesmo nível de desenvolvimento, conseguem identificar mais facilmente eventuais problemas que surjam, aquando da realização de tarefas escolares ou qualquer outra tarefa que exija determinado tipo de competências sociais, organização, atenção e persistência.

Existe uma grande variedade de escalas tais como: a escala de avaliação de Conners para professores, a escala de Conners para pais, a escala de avaliação compreensiva com fichas para pais e professores, as escalas de autorregisto de Conners-Wells para adolescentes, o sistema de avaliação comportamental para crianças, a escala de Brown da desordem por défice de atenção, a lista de verificação de sintomas da PHDA, a escala de avaliação da PHDA, o perfil de atenção da criança, o inventário de sintomas em adolescentes, a lista de verificação de comportamentos nas crianças, o questionário de situações em casa, o questionário de situações na escola e a escala de avaliação de desempenho académico. Estes instrumentos de avaliação fornecem um grande contributo para o diagnóstico da PHDA e são bastante utilizados pelos profissionais de psicologia, para a avaliação do comportamento hiperativo e que se distinguem em amplitude, especificidade e validade empírico. É comum a criança com PHDA ter uma inteligência normal ou até acima da média e mesmo assim apresentar défice escolar e dificuldades sociais ou de adaptação. De todos os instrumentos descritos apenas evidenciamos um exemplo (índice de hiperatividade para pais e professores, de Conners) para melhor clarificação. Os restantes poderão ser consultados informaticamente, uma vez que existe uma grande diversidade na internet.

As escalas de Conners surgiram em 1969, com a finalidade de avaliar a melhoria experimentada na conduta da criança hiperativa, como consequência do tratamento farmacológico e atualmente, fazem parte da bateria normalizada do Instituto Nacional de Saúde Mental de Washington.

As escalas de Conners apresentam duas versões (a original e a abreviada), quer para a escala de pais quer para a de professores. Uma e outras constam de dez perguntas que se agrupam dando origem ao "índice de hiperatividade", por ser precisamente um dos que melhor descrevem a conduta da criança hiperativa. A escala de Conners para pais

consta de noventa e três perguntas, reagrupadas em oito fatores, a saber: Alterações de Comportamento, Medo, Ansiedade, Inquietação, Impulsividade, Imaturidade, Problemas de Aprendizagem, Problemas Psicossomáticos, Obsessão, Comportamentos Antissociais e Hiperatividade.

A escala de Connors para professores é muito mais curta e é composta de trinta e nove perguntas, repartidas por seis fatores: Hiperatividade, Problemas de Comportamento, Labilidade Emocional, Ansiedade-Passividade, Conduta Antissocial e Dificuldades no Sono.

Em ambas as escalas consegue-se estabelecer qual é o índice de hiperatividade. Com o tempo, o próprio Connors modificou e abreviou estas duas escalas, as quais, apesar de conterem menos perguntas, são essencialmente idênticas às escalas originais.

As quarenta e oito perguntas da escala de pais repartem-se por cinco fatores: Problemas de Comportamento, Problemas de Aprendizagem, Problemas Psicossomáticos, Impulsividade-Hiperatividade e Ansiedade. As vinte e oito perguntas da escala de professores dividem-se em três fatores: Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Falta de Atenção-Passividade.

- **Aplicação**

Cada pergunta descreve um comportamento característico destas crianças, que os pais ou os professores deverão valorizar de acordo com a intensidade com que se apresentem. Para responder propõem-se quatro opções: Nada-Pouco-Bastante-Muito, que se pontuam de 0 a 3 (Nada = 0, Pouco = 1, Bastante = 2, e Muito = 3), salvo para a escala original de pais, na qual a pontuação é de 1 a 4 (Nada = 1, Pouco = 2, Bastante = 3, e Muito = 4).

- **Correção**

Para valorizar os dados, há que somar as pontuações obtidas no índice de hiperatividade da escala.

Na escala de pais, os meninos que obtenham uma pontuação de 15 ou superior requerem um estudo em profundidade, porque, possivelmente, são hiperativos. Para as meninas, a pontuação é de 13 ou superior.

Na escala de professores, uma pontuação de 17 para os meninos e de 13 para as meninas levanta suspeitas da existência de uma possível hiperatividade.

Ver Anexo B - Quadro com Índice de hiperatividade para pais e professores, de Conners (Lorente e Ávila, 2004).

- **Outros recursos de apoio Clínico**

- ✓ **Exame neurológico** - Onde se avalia na criança o controlo muscular, a coordenação, descoordenação, dificuldade em se manter em equilíbrio, os movimentos involuntários que aparecem frequentemente associados aos voluntários.

No sistema sensorial avalia-se a capacidade de identificar dos dedos e o mexer dos globos oculares. Ao avaliar estes aspetos, o médico deve ter sempre em conta a idade da criança de modo a verificar se existe anormalidade ou não.

- ✓ **Eletroencefalograma** - exame realizado ao encéfalo.

- ✓ **Exploração psicopedagógica** - deve-se ter em conta a vertente emocional da criança, mas também as dificuldades de aprendizagem e consequentemente o fraco rendimento escolar.

- ✓ **Instrumentos mecânicos** - como exemplo temos as almofadas estabilimétricas ou actómetro que medem os movimentos, mas que são utilizadas primordialmente em laboratório.

- ✓ **Diagnóstico diferencial** -no qual pretende-se analisar a criança ao pormenor e evitar a confusão entre a hiperatividade e outras perturbações infantis. Tende-se a criar ideias pré-concebidas em que a criança hiperativa tem dificuldades de aprendizagem. Isto muitas vezes deve-se à falta de atenção e concentração e não a problemas relacionados com a inteligência.

Segundo Fernández (1980 cit. por Vásquez, 1997) o diagnóstico diferencial é constituído pela evolução do caso, a história da perturbação, a sua situação atual e, supostamente os resultados de escalas e questionários.

Segundo Miranda e Santamaria (1986 cit. por Vásquez, 1997), existe uma série de critérios que devemos atender na hora de estabelecer o diagnóstico diferencial da hiperatividade.

Deve ter a presença de défice de atenção, impulsividade, excesso de atividade motora, inteligência normal, opinião dos pais e professores quanto ao comportamento da

criança, sintomatologia iniciada na primeira infância e persistência da mesma, sintomatologias associadas a enurese, agressividade e dificuldade nas relações interpessoais e ausência de lesões cerebrais comprovadas e condições sócio ambientais muito deficitárias.



### **1.13 Intervenientes no processo**

- **O que os pais, médicos, professores, escola e sociedade podem fazer para ajudar a criança?**

A avaliação/diagnóstico da PHDA deve ser feita por uma equipa multidisciplinar. A criança com suspeita diagnóstica de PHDA requer uma avaliação cuidadosa, de preferência por uma equipa de especialistas, profissionalmente bem preparada.

Cada vez mais esta doença se torna alvo de investigação e interesse por parte de muitos investigadores e técnicos de saúde. Para alguns especialistas a hiperatividade é uma síndrome de origem biológica aliada a alterações no cérebro originadas por fatores hereditários ou derivadas de uma lesão, outros defendem que se trata de um modelo persistente em situações específicas (Garcia, 2001).

Deste modo os pais podem recorrer a um vasto leque de profissionais: neurologistas, médicos especializados nos distúrbios do cérebro e do sistema nervoso, psiquiatras infantis, pedopsiquiatras, psicopedagogos e psicólogos clínicos.

Contudo existe os professores, escola, sociedade e pais que desempenham um importante papel na transmissão da informação.

#### **A. Médicos**

Os médicos ou pediatras são maioritariamente os técnicos que os pais procuram num primeiro momento. A estes cabe o papel de elaborar a história clínica e social conseguida através de questionários que farão aos pais e à criança, fixar o diagnóstico, o tratamento farmacológico, e orientar relativamente aos modelos psicoterapêuticos e de conduta a seguir. Este deve realizar uma anamnese, que implica um questionário cuidadoso aos pais, sobre os comportamentos incluídos nos critérios de diagnóstico DSM-IV e se presentes, determinar para cada um a sua duração, frequência e gravidade. Ele deverá ter o cuidado de verificar acontecimentos considerados pertinentes relativamente à infância da criança antes da escola, como exemplo, o momento do seu

nascimento, se nasceu prematuro, se revelou comportamentos agitados logo à nascença, entre outros. É necessário ainda questionar acerca da idade de início dos sintomas, o contexto em que ocorrem e o seu impacto funcional, particularmente em termos de aprendizagem. Nesta, devem solicitar informações relativas ao temperamento, características e competências emocionais e sociais da criança, os seus hábitos de sono, como se processa a sua aprendizagem e quais as atividades extracurriculares. Também o ambiente familiar deve ser escrutinado, principalmente no que respeita às regras de disciplina e às expectativas dos pais. Da anamnese também deverão fazer parte a recolha de dados desenvolvimentais, tais como o decurso da gravidez e fatores de risco pré, peri e pós-natais, o desenvolvimento motor e da linguagem e controlo dos esfíncteres. Os antecedentes familiares, nomeadamente a existência de outros elementos da família com PHDA, ou com Distúrbios psiquiátricos (depressão, doença bipolar, ansiedade, tiques) ou com Doenças genéticas (X-Frágil), devem ser apurados. O contexto sócio-económico-social também deverá ser tido em conta. Deve proceder-se a um exame neurológico sumário.

Segundo Miranda e Santamaría (1986 cit. por Garcia, 2001) apontam três aspetos que as entrevistas devem conter quando são destinadas aos pais. De tal modo passamos a enumerar:

- ✓ **História do problema** - como e quando surgiu, motivos da consulta atual, se agravou e porquê, efeitos ambientais subsequentes, entre outros;
- ✓ **Desenvolvimento evolutivo da criança** - informação sobre como se desenvolveu a aquisição das capacidades motoras e linguísticas básicas, historial médico e psicológico;
- ✓ **Avaliação familiar** - aspetos socioeconómicos e psicológicos dos membros da família e das relações entre pais e filhos.

Em suma podemos concluir que o papel do médico na avaliação da PHDA vai desde a elaboração da história clínica ao exame objetivo, com o emprego de critérios clínicos bem descritos e treino no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos, no qual, este necessitará da ajuda preciosa dos seus progenitores para a recolha de toda a informação. Importa ressaltar que o diagnóstico deve ser estabelecido de forma fiável, utilizando os instrumentos e metodologias próprias da abordagem médica, quer sejam exames médicos ou entrevistas.

Os psicólogos clínicos ou da escola podem ajudar em muito a criança a nível intelectual, uma vez que podem administrar vários testes de avaliação psicológica e psicopedagógica com o objetivo de avaliar todo o processo cognitivo da criança e o seu desempenho escolar. Através destes testes, podem detetar possíveis problemas ao nível do raciocínio, linguagem, da perceção, da impulsividade, da atenção e da emoção. Os psicólogos devem fazer a sua investigação tendo presente três aspetos principais: os défices de atenção, o nível de atividade motora e o comportamento geral da criança no seu meio natural.

O psicopedagogo por sua vez aplicará as provas pertinentes de modo a uma intervenção educativa adequada tendo em conta o desenvolvimento afetivo e social da criança.

Segundo Parker (2003), existe vários testes computadorizados de desempenho contínuo que ajudarão a recolher informações relativas ao domínio da atenção, da reação, e do controlo dos impulsos. São eles: o sistema de diagnóstico de Gordon, testes de variáveis de atenção (TVA), teste de desempenho contínuo de Conners, e teste de desempenho contínuo integrado visual e auditivo (IVA).

Além do médico de família ou pediatra os pais numa segunda instância poderão também pedir ajuda a psicólogos, psiquiatras e neurologistas, uma vez que são especializados no tratamento de desordens neurobiológicas. Além de diagnosticarem a PHDA, podem também verificar problemas de aprendizagens e outras síndromes.

Segundo os autores Lorente e Ávila (2004), na procura do diagnóstico, o médico ou outro técnico de saúde, deve incluir na sua entrevista clínica os seguintes aspetos gravidez, parto, desenvolvimento neuromotor, doenças padecidas, escolaridade e a esfera afetivo-comportamental.

- ✓ **Gravidez** - convirá informar acerca da sua duração e de possíveis incidentes, tais como intoxicação da mãe, hemorragias, entre outras. É importante assinalar se previamente se tinha usado algum método anticoncetivo.

- ✓ **Parto** - há que referir a utilização de fórceps ou ventosa ou a realização de cesariana, as características da criança depois do parto, entre outras.

- ✓ **Desenvolvimentoneuromotor**-valorizar-se-ão os possíveis desvios cronológicos no desenvolvimento psicomotor e na linguagem.

- **Doenças padecidas durante os primeiros anos de vida.**

Há doenças e tratamentos farmacológicos que podem deixar sequelas neurológicas ou afetar funções cognitivas como a atenção e a memória. Dever-se-á especificar também se a criança sofreu algum acidente e as possíveis consequências.

Ver Anexo C - Quadro sobre o Desenvolvimento neuromotor infantil (Lorente e Ávila, 2004).

- **Presença de parentes com uma conduta similar ou algum tratamento psíquico.**

✓ **Escolaridade** - interessa saber a idade em que iniciou a frequência da creche/jardim-escola ou outra unidade pré-escolar, como foi a adaptação à instituição, se houve mudanças de instituição e os motivos, o rendimento escolar em cada uma das matérias e o comportamento na escola.

Ver Anexo D- Quadro sobre Sintomas comportamentais da hiperatividade infantil (Lorente e Ávila, 2004).

Às vezes pode ser interessante questionar o grupo de companheiros da criança hiperativa. Para isso contamos com a escala de Glow e Glow. A "Escala para os Companheiros e para Si Mesmo" de Glow e Glow, publicada em 1980, consta de cinquenta perguntas, seis das quais fazem referência ao excesso de atividade motora, a inquietação, impulsividade e falta de atenção.

Ver Anexo E- Quadro sobre a escala para companheiros e para si mesmo (Lorente e Ávila, 2004).

Todas as perguntas estão formuladas na forma interrogativa e a criança responde a cada uma delas com um ou mais dos nomes daqueles colegas de turma. Pode ser ele próprio que atua ou se revela como uma criança hiperativa. As cinquenta perguntas agrupam-se em seis fatores, permitindo classificar a criança de acordo com alguma das seguintes categorias: tímida, imprudente, hiperativa, eficaz, popular e desafiadora.

✓ **Esfera afetivo-comportamental** - pede-se informação acerca de perturbações neurovegetativas e de alterações do sono, autonomia em hábitos de higiene pessoal, hábitos alimentares, controlo de esfínteres, a sociabilidade da criança em casa e na escola e a descrição dos principais traços da sua conduta.

Ver Anexo F - Quadro com perguntas chave para detetar a hiperatividade (Lorente e Ávila, 2004).

Um caso à parte é o das crianças adotadas. Quando é o caso, recolhe-se toda a informação possível acerca dos pais naturais e dos motivos para a adoção. Há que especificar, além disso, a idade da criança no momento da adoção e as circunstâncias em que decorreu.

✓ **Observação da conduta da criança** - além da informação que nos fornecem os pais ou os adultos que convivem com a criança, é preciso que também o especialista observe a sua conduta. A observação pode realizar-se no contexto natural da criança, em casa ou na escola, ou durante a própria consulta em que a avaliação está a ser realizada.

✓ **Avaliação individualizada da criança hiperativa** - a avaliação da hiperatividade é parte integrante dos aspetos que caracterizam, em geral, a avaliação psicológica infantil, que tem como eixo de referência o contexto familiar e social em que as crianças estão inseridas. Segundo a autora Garcia (2001) na avaliação da hiperatividade infantil devemos ter presente os seguintes aspetos: apoio multidisciplinar e integrador, atenção ao nível de desenvolvimento evolutivo, consideração dos modelos educativos e das normas de conduta próprios do ambiente familiar e escolar, comparação do comportamento infantil com o do grupo social de referência e informações de observadores independentes sobre os comportamentos infantis anómalos.

Finalmente, para verificar o diagnóstico de hiperatividade, é necessário aplicar à criança algumas provas específicas. Com estas provas recolhe-se informação acerca do desenvolvimento intelectual, estilos cognitivos, presença ou ausência de sintomas neurológicos menores, impulsividade, desenvolvimento percetivo, coordenação motora, capacidade de atenção e nível de atividade motora (Lorente e Ávila, 2004).

✓ **Nível de inteligência** - o teste que se utiliza com mais frequência é a "Escala de Inteligência para Crianças de Wechsler" (revista). Esta escala é composta por doze provas, distribuídas por dois grupos: o verbal e o manipulativo.

✓ **Estilos cognitivos** - os estilos cognitivos correspondem às diferentes formas que os seres humanos têm de realizar a aprendizagem. Aqueles que estão estudados são a "reflexão" face à "impulsividade", a "dependência" face à "independência do campo", e a "flexibilidade" ou "rigidez" no controlo da atenção.

Em primeiro lugar, a impulsividade face à capacidade reflexiva torna-se patente quando se trata de eleger uma de entre várias alternativas. O instrumento mais frequentemente utilizado para a sua avaliação é o conhecido "Teste de Emparelhamento de Figuras Familiares", adaptado por Cains e Cammock, em 1978.

Um segundo estilo cognitivo que foi relacionado com a hiperatividade é a dimensão "Dependência-Independência do Campo". No estilo "dependente do campo", o modo de perceber um estímulo é influenciado por toda a organização do campo circundante e os componentes desse contexto são percebidos como algo difuso. No modo de perceber "independente do campo", percebem-se as partes do campo como componentes discretos, dentro de um contexto organizado. De forma metafórica poderíamos dizer que a criança "dependente do campo" seria aquela que veria o bosque e não as árvores, enquanto a criança "independente do campo" vê as árvores mas não o bosque.

O teste utilizado para avaliar este estilo cognitivo é o "Teste de Figuras Mascaradas para Crianças", elaborado por Karp e Konstad em 1963.

Finalmente, o terceiro estilo cognitivo relacionado com a hiperatividade é o da "flexibilidade" ou "rigidez" e está mais relacionado com o controlo da atenção, quer dizer, com a capacidade que a criança tem para controlar os estímulos sem importância e omitir as respostas incorretas.

Como medida utiliza-se o "Teste de Distração da Cor", elaborado por Santostefano e Paley, em 1964.

✓ **Integração visual-motriz** - o "Teste Gestáltico", de Bender, é um teste de integração visual-motriz que consiste em nove cartões com desenhos abstratos. Às crianças a quem se passa o teste pede-se que copiem os desenhos, um de cada vez, com um lápis, numa única folha de papel em branco.

Uma boa perceção visual-motriz e um bom resultado no Teste de Bender pressupõem que a criança possui uma relativa maturidade ou que a sua perceção visual está adequada. No que diz respeito à coordenação motora passa-se algo de semelhante. No Teste de Bender somente uma criança com uma boa coordenação motora pode realizar a

cópia dos desenhos de uma forma correta. As crianças com uma fraca coordenação da motricidade fina terão dificuldade em desenhar sem imperfeições as figuras do teste.

Esta prova é particularmente importante para aquelas crianças que apresentam dificuldades na área concreta da leitura e da escrita.

✓ **Sinais neurológicos menores** - ainda que não todas, muitas das crianças hiperativas apresentam sinais neurológicos menores. Por isso, convém que realizem o *Teste Discriminativo Neurológico Rápido*, de Sterling e Spalding.

Ver Anexo G - Quadro com tarefas do teste discriminativo neurológico rápido (Lorente e Ávila, 2004).

✓ **Exploração neurofisiológica** - presentemente começa-se a utilizar acartografia cerebral, sendo esta uma técnica de neuro-imagem funcional que permite conhecer o grau de ativação elétrica do córtex cerebral mediante a sua representação em mapas cromáticos (nos quais aparecem as diferentes áreas e zonas do cérebro assinaladas por várias cores, de acordo com o seu funcionamento). Esta técnica pressupõe uma grande inovação para a valorização do funcionamento e da integração do sistema nervoso.

✓ **Défice de atenção** - as provas destinadas a avaliar o défice de atenção são várias e cada uma enfatiza um ponto distinto da capacidade de atenção. Os procedimentos de avaliação mais comuns são apresentados de seguida.

Ver Anexo H - Quadro com os procedimentos para avaliar a atenção (Lorente e Ávila, 2004).

✓ **Nível de atividade motora** - aqui as medidas mais utilizadas são: o "registro de atividade", que é similar ao "podómetro" (instrumento mecânico que através das alterações que se produzem num mecanismo contabiliza os passos que a criança dá) e que se encontra no ombro da criança. O "actómetro" é um relógio de pulso que também mede o movimento. Por último, o "coxim estabilímetro" é uma pequena almofada, assento que contém uma agulha para medir o movimento da criança, enquanto está sentada na cadeira.

A partir destas premissas, a avaliação deste distúrbio concretiza-se nas seguintes tarefas segundo Garcia (2001):

✓ **Estado clínico da criança** - este aspeto refere-se aos comportamentos alterados e às anomalias psicológicas que a criança apresenta no momento. Para além dos traços

característicos da perturbação, como a inquietude, o défice de atenção e a atividade motora, também se observa se a criança mostra condutas antissociais, desobediência e agressividade, como são as suas relações com os amigos, se está integrada no grupo de colegas ou se, pelo contrário, se encontra isolada. Do mesmo modo, tem-se em conta possíveis alterações emocionais, como ansiedade, défice de autoestima, entre outros.

✓ **Nível intelectual e rendimento académico** - para alguns autores, como Safer e Allen (1979 cit. por Garcia, 2001), esta é claramente a área mais importante para o diagnóstico da hiperatividade. As informações fornecidas pela escola devem fazer uma caracterização da conduta da criança e referir as suas qualificações académicas, num determinado momento e em anos anteriores.

Nesta avaliação, têm-se em conta tanto os aspetos positivos, como os negativos; quer dizer, para além de se realçar os problemas da criança, devem sublinhar-se os seus progressos e as tarefas escolares em que costuma ter êxito, que tipo de competências emprega, habitualmente, quando tem de planificar e resolver os exercícios e as tarefas escolares: em síntese, como enfrenta a resolução dos deveres académicos.

✓ **Fatores biológicos** - devido à relação entre variáveis biológicas e hiperatividade, uma vez que algumas crianças com alterações cerebrais apresentam condutas hiperativas, a avaliação do distúrbio também inclui um exame físico exaustivo para detetar possíveis sinais neurológicos, anomalias congénitas e outros sintomas orgânicos que possam ter interesse.

✓ **Condições sociais e familiares** - na análise da família, para além de questões como o nível socioeconómico deve prestar-se atenção aos comportamentos dos seus membros, ao clima familiar, às relações interpessoais, à dimensão, qualidade e localização da moradia, às normas educativas, à disciplina, ao cumprimento de normas e horários, às atitudes dos pais relativamente aos problemas infantis e a fatores ou acontecimentos que parecem desencadear os conflitos. Com esta informação, o psicólogo pode identificar as causas dos problemas e prever as possibilidades de melhorar o prognóstico das crianças.

✓ **Influência do quadro escolar** - a avaliação deste aspeto é justificada pelo papel que a escola desempenha, tanto na deteção das alterações infantis como no tratamento posterior.



Embora a formação recebida pelos professores seja similar, existem diferenças entre os estabelecimentos de ensino em questões tais como o carácter mais ou menos impositivo das normas escolares e as características pessoais dos docentes.

Em suma, embora seja muito difícil fazer um diagnóstico preciso antes dos três anos de idade importa estar atento a atitudes características deste problema. Segundo os autores Lorente e Ávila (2004) antes desta idade, podemos suspeitar, mas o diagnóstico seria muito pouco preciso, e portanto ambíguo. Em primeiro lugar, porque a capacidade perceptiva e de atenção começa então a desenvolver-se e, por conseguinte, é muito difícil discernir um simples atraso no desenvolvimento e uma patologia. E porque a criança se encontra num período evolutivo de exploração e de manipulação, no qual o excesso de atividade motora é uma conduta própria.

## **B. Pais**

Relativamente à família, deve ter-se especial atenção para que esta seja corretamente estruturada com regras e rotinas bem definidas onde esteja presente não só o reforço positivo, mas também os castigos para que as crianças saibam que há limites que não podem ser ultrapassados. A família é a base da nossa educação, pois é ela quem nos transmite os valores, nos ajuda a formar a nossa identidade e a moldar a personalidade.

Para Garcia (2001), a evidência vai no sentido de que quando os pais ignoram, sistematicamente, as condutas indesejáveis das crianças, e quando estas recebem apoio de um adulto, essas condutas reduzem-se e tendem a desaparecer. Deste modo é útil implicar no processo outras pessoas que felicitem e forneçam o reforço positivo à criança, desvalorizando a conduta indesejável e valorizando a desejável. Pretende-se com isto implementar comportamentos adequados que substituam os inadequados levando-os à sua extinção.

Os pais devem ser mediadores ativos e responsáveis na educação dos seus filhos, devem tentar compreender o seu filho de modo a ajudá-lo nas suas dificuldades, evitando uma atitude agressiva e pouco educativa.

Para Falardeau (1999) um ambiente familiar harmonioso, afetuoso e tolerante, no qual os pais se preocupam com a criança, atenuará a probabilidade do aparecimento dessas complicações.

O papel dos pais revela-se também muito importante no momento da transmissão de informação sobre o seu filho a professores, psicólogos e restante equipa de avaliação. Os pais em conjunto com toda a equipa devem fazer parte do processo de avaliação. Sendo eles os progenitores, serão cruciais neste processo pois têm uma perspetiva única do desenvolvimento anterior do seu filho e da situação presente. São informadores privilegiados quanto ao historial geral da família, da sua estrutura e seu funcionamento. Os pais devem colaborar e explicar aos professores e pessoas competentes os problemas do seu filho de modo a ajudar estes a controlar a conduta do mesmo.

Quando a criança está fora de controlo e é incapaz de obedecer, deve-se sentá-la num local sossegado e deixá-la sozinha durante breves instantes até que se acalme. Estas crianças mostram-se muito impulsivas, inquietas e desobedientes, não aceitam bem a disciplina e toleram muito mal a frustração, importa que o seu comportamento seja corrigido pelo reforço das condutas positivas, onde os pais desfrutem, diariamente, de um momento calmo e relaxante com o filho. Durante esse tempo, os pais devem evidenciar aquilo que a criança faz bem, elogiar os seus pontos positivos e as suas habilidades. Deve-se também estabelecer as regras de conduta, ensinando à criança os comportamentos corretos e os que estão errados. Os pais devem encorajar a criança no sentido de desenvolver os comportamentos corretos, como pedir um brinquedo emprestado em vez de "arrancá-lo" das mãos dos outros colegas ou levar a cabo uma tarefa até ao fim. Diz-se à criança o que se espera dela e, sempre que se verifica o comportamento desejado, recorre-se a uma recompensa. Se a criança não se comportar corretamente, é-lhe aplicado um pequeno castigo.

Outro aspeto importante é os pais não se culpabilizarem pelo problema do filho uma vez que a hiperatividade advém de desajustes do sistema nervoso e por norma nada tem a ver com a conduta dos pais, contudo torna-se necessário lutar por um ambiente salutar e harmonioso quer seja em ambiente escolar ou familiar. Neste processo deve existir muita paciência na educação uma vez que muitos pais tentam educar os seus filhos de acordo com a educação que receberam dos seus pais, porém com estas crianças é necessário adotar uma postura diferente, assente em estratégias e atividades específicas e nunca assente em violência verbal ou física pois este tipo de crianças não aceita bem o castigo.

Os autores Lorente e Ávila (2004) fornecem-nos alguns conselhos para que as crianças e jovens hiperativos sejam mais felizes tais como:

✓ prestar-lhe atenção, ouvindo-o e falando-lhe pacientemente. Deve-se explicar à criança o seu problema e quais são os planos para a ajudar a ultrapassá-lo, de modo a obter a sua cooperação;

✓ ter um encontro com a professora de quinze em quinze dias, de forma a adotar o papel de "professor de apoio" junto do seu filho hiperativo;

✓ utilizar os interesses da criança e utilizá-los como princípios motivacionais, para a ajudar a aprender de uma maneira mais segura, seguindo os programas de aprendizagem associados. Basta, por exemplo, que os pais lhe digam: "Quando terminares esta ficha podes ver os desenhos animados na televisão";

✓ deixar sempre muito claro que os pais são um modelo para a criança. Por conseguinte, diante dela há que ser sempre coerente e atuar responsavelmente;

✓ ajudar a criança a aumentar a confiança em si mesma e a sua autoestima;

✓ estimulá-la, fazendo finca-pé na qualidade dos seus desempenhos, por modestos que sejam;

✓ aceitá-la tal como ela é, com o potencial que tem para crescer e desenvolver-se. Tratar de não gerar expectativas desajustadas em relação à criança, isto é, acima das suas possibilidades;

✓ em casa, procurar proporcionar-lhe, dentro do possível, uma situação estruturada e consistente, proporcionando um ambiente familiar estável, não mudando as regras de um dia para o outro; explícito quando as regras são conhecidas e aceites por ambas as partes e previsível que significa que as regras são definidas antes de serem quebradas e não depois. Manter constante o horário das refeições, do banho e do deitar, evitando uma estimulação excessiva através de ruídos, luzes, entre outros fatores. Um contexto desestruturado ou mal estruturado levará em pouco tempo a criança hiperativa a transformar-se numa criança histérica, dada a forte tendência para responder aos estímulos do meio. Neste sentido, é muito importante arranjar-lhe um lugar tranquilo onde possa trabalhar e brincar;

✓ comunicar-lhe, com a devida antecedência, qualquer possível alteração da dinâmica do lar, de forma a permitir-lhe a adaptação;

✓ fazê-la participar de acordo com as suas possibilidades nas tarefas domésticas. Ensiná-la diretamente através da modelagem e elogiá-la quando tentar fazer por si mesma;

- ✓ comentar tranquilamente com a criança as suas más prestações, tentando fazer-lhe ver que é sempre necessário pensar antes de agir e que a pressa provoca muitos desastres;
- ✓ incentivá-la quando fizer algo bem feito, dirigindo-lhe um sorriso ou uma palavra de elogio. Este procedimento aumentará no futuro os seus comportamentos positivos;
- ✓ preocupar-se para que a criança tenha uma dieta nutritiva adequada;
- ✓ comentar com a criança os seus erros, fazendo com que ela própria imagine possíveis alternativas;
- ✓ não agir permissivamente. Um ambiente sem uma normativa clara aumenta a ansiedade e a confusão da criança. É conveniente que lhe proporcionem poucas normas de conduta, claras e coerentes, que orientem as suas ações;
- ✓ utilizar a autoridade de uma forma assertiva, o que implica dizer "não" quando a criança pede ou exige coisas pouco razoáveis e expressar essas ordens de maneira clara, precisa e racional.

### **C. Professores**

Cada vez mais os professores e educadores se informam e se consciencializam que a PHDA não é definida como dificuldades de aprendizagem e perturbações emocionais. Ao saber disto e ao perceber verdadeiramente o que é a PHDA, os professores e todo o sistema educativo respondem e adotam uma perspectiva tendo em conta as necessidades da criança, facto que não acontecia no passado.

O papel do professor revela-se crucial na vida das crianças ou jovens com PHDA. O desempenho do seu papel de forma correta ou incorreta vão marcar para sempre pela positiva ou negativa a vida deste ser. Será ele a fazer uma análise do desempenho académico, bem como, a caracterizar as crianças quanto às suas capacidades de inteligência e comportamento.

Recorramos aos autores Sosin (2006: 22), para refutarmos a afirmação anterior. Segundo estes, “o professor que acolhe bem a individualidade e a criatividade, mesmo que o aluno se desvie da norma, e consegue integrar essa atividade na sala de aula e nos exercícios muito provavelmente terá sucesso com os seus alunos com PHDA. O professor que espera que todos os alunos estejam e se comportem em conformidade

com todas as mesmas exigências e expectativas muito provavelmente vai desanimá-los e ensinar-lhes pouco mais do que a odiar a escola.”

O professor que acredita no aluno vai saber tirar partido da sua energia, impulsividade e criatividade, transformando-a em coisas positivas e muito produtivas. O aluno ao sentir que é valorizado realiza tarefas muito criativas e ambiciosas, o que se refletirá no seu bom desempenho escolar. O professor por sua vez ao sentir que está a ajudar o aluno, também sente um enorme prazer pois tem perfeita certeza que está a desempenhar o seu papel de professor e amigo da melhor forma, contribuindo para a sua felicidade e a dos outros. Este deve ser observador, dinamizador e comunicador inato, que trabalhe e conceba atividades e planos educativos direcionados para as necessidades individuais e específicas de cada indivíduo, proporcionando a estes um papel ativo na sua atividade escolar.

Como se verifica, na literatura, há uma grande variedade de intervenções específicas que um professor pode utilizar para ajudar a criança com PHDA, na sua adaptação à sala de aula e respetivo sucesso escolar. Existem vários modos de as estruturar, devendo adaptá-las às características específicas do aluno em questão. Não esquecer que, como já foi afirmado, este trabalho não é uma missão isolada, mas fruto do trabalho conjunto de uma equipa multidisciplinar.

Os autores Sosin (2006: 63,65), afirmam “o professor ideal não sabe tudo, defende o modelo do aprendiz. Aprende com a turma e mostra que não se incomoda em não saber todas as respostas... por isso, o professor ideal para os alunos com PHDA dedica bastante tempo a ensinar-lhe a serem alunos, e não só a transmitir-lhes a matéria.”

Atitudes a adotar pelo professor na ótica destes autores:

- ✓ compreender efetivamente por que o jovem está a passar, colocando-se na posição deste;
- ✓ preservar a dignidade do aluno, não o rotulando, nem permitindo que alguém lhe faça isso;
- ✓ o professor deve ser bem-disposto, alegre e com sentido de humor;
- ✓ ter espírito aberto e uma atitude compreensiva;
- ✓ introduzir modificações que incentivem o sucesso do aluno;
- ✓ deixar que os alunos tenham um papel ativo na sua aprendizagem;
- ✓ ser um bom comunicador;

- ✓ fornecer a cada criança ou jovem um plano personalizado;
- ✓ dialogar muito com o aluno de forma a fazer resultar o processo de aprendizagem;
- ✓ deve ser imaginativo, entusiasta e criativo de modo a captar a atenção do aluno;
- ✓ implementar rotinas;
- ✓ estar atento ao gosto pessoal do aluno;
- ✓ estabelecer um código de conduta para todos os alunos incluindo a tolerância, a justiça, a gentileza e o respeito pelas diferenças;
- ✓ chamar a atenção do aluno numa situação mais problemática através da representação e ensaio, isto é, fazendo-o compreender onde errou e o que podia fazer para não ter aquele comportamento.

No sentido de proporcionar um vasto leque de conselhos os autores Lorente e Ávila(2004: 75,76) acrescentam mais alguns aos já mencionados anteriormente. Deste modo o professor deve:

- ✓ utilizar sempre a técnica do sublinhado a cores, de tal modo que a criança se concentre na informação que é mais relevante;
- ✓ tornar a criança responsável como por exemplo ao comunicar os avisos para fora da sala, de modo a permitir-lhe levantar-se de vez em quando;
- ✓ atribuir-lhe um lugar tranquilo, longe da janela ou da porta e o mais próximo possível do professor. Isto ajudá-la-á a controlar as suas distrações;
- ✓ utilizar os auriculares durante as explicações;
- ✓ dar-lhe ordens simples e breves;
- ✓ atribuir-lhe uma tarefa, depois de ter cumprido a anterior. Não permitir que fique com "as coisas por fazer";
- ✓ sentá-la de costas para a turma se a sua capacidade de atenção não melhorar;
- ✓ seguir de perto o trabalho da criança, quando esta tiver que o fazer sozinha;
- ✓ alternar o trabalho que deve realizar sentado com outras atividades que lhe permitam levantar-se e mover-se um pouco, como por exemplo através da recolha de material, da distribuição dos cadernos, entre outros;
- ✓ permitir-lhe fazer algumas atividades exemplificativas simples quando estiver a trabalhar tarefas novas, para que se familiarize com elas e perca o medo;
- ✓ ensinar-lhe a manter "as coisas arrumadas" em cima da sua mesa;

- ✓ obrigá-la a ter os livros e os cadernos organizados e arrumados nos devidos lugares;
- ✓ manter um trabalho de tutoria com os pais, de quinze em quinze dias, no mínimo. Explicar-lhes, de forma clara e concisa, durante esta tutoria, quais são os problemas de comportamento do seu filho e o que podem eles fazer para os controlar;
- ✓ informar os pais dos objetivos diários de aprendizagem, de modo a que eles próprios desempenhem o papel de "professor de apoio" à criança;
- ✓ evitar repreendê-la utilizando os seus próprios termos;
- ✓ evitar humilhá-la ou fazê-la sentir-se culpada diante dos seus colegas.

Em suma, é importante que o professor esteja atento e se preocupe com o aluno, a relação que este tiver com os pais será primordial no desempenho diário deste, uma vez que deve existir uma constante comunicação entre professor e família, podendo o professor fazê-lo por meio de comentários no próprio caderno do discente, ou na caderneta ou ainda pessoalmente no final da aula. As percepções dos professores são realmente importantes, em múltiplos aspetos, uma vez que são, quase sempre, consultados para questões de diagnóstico e tratamento. Toda a investigação psicopedagógica existente assenta nos relatos dos professores, sobre os comportamentos e sintomas das crianças e muitos dos tratamentos psicossociais incluem uma componente para ser implementada pelos professores, em contexto escolar.

Os professores têm a possibilidade de observar e atestar o que muitos profissionais não conseguem, dado o seu relacionamento privilegiado com crianças com PHDA. Dão-se conta que a hiperatividade raramente ocorre de uma forma "pura" mas, ao contrário, apresenta-se geralmente ligada a muitos outros problemas como dificuldades de aprendizagem ou falta de regras; que a hiperatividade "muda conforme o clima", é inconstante e imprevisível; e que o tratamento para a hiperatividade representa uma dura missão de trabalho e devoção. Não há uma solução fácil para lidar com a PHDA, na sala de aula ou em casa. Qualquer tratamento/intervenção na escola depende do conhecimento e da persistência da escola e do professor (Hallowelle Ratey, 1994).

- **Conselhos para professores na sala de aula** - Podemos fazer da diferença uma mais-valia nas nossas salas, passar da diversidade como problema à diferença como recurso (Barroso cit. por Afonso, 2004). Desta forma estaríamos a criar uma escola

inclusiva, isto é, uma escola para todos, no sentido da sua adaptação às diferentes realidades colocadas pelos seus utentes. Isto implica que se aceite as diferenças, se apoie as aprendizagens e se responda a todos e a cada um conforme as suas necessidades e características.

Para ajudar as crianças com hiperatividade a adaptar-se melhor às regras de funcionamento e conduta na sala de aula podem ser necessárias algumas modificações. Vejamos alguns exemplos:

- ✓ as crianças hiperativas podem necessitar de condições especiais que as ajudem a aprender, por exemplo, colocar a criança numa zona menos sujeita a distrações (perto do professor);
- ✓ pôr um desenho em cima da secretária da criança para lhe recordar as regras basilares nas aulas;
- ✓ levantar a mão em vez de gritar ou conservar-se sentado em vez de andar pela sala;
- ✓ dispensar mais algum tempo nos testes, para que a criança sinta que tem uma ocasião para demonstrar o que aprendeu;
- ✓ relembrar regras ou escrever instruções no quadro, expondo o material necessário para determinada tarefa;
- ✓ empregar o reforço das condutas positivas, elevando os aspetos positivos e os progressos;
- ✓ ensinar técnicas que possibilitem à criança lembrar-se daquilo que tem de fazer;
- ✓ ensinar a dividir uma tarefa em diferentes etapas e a fazer uma coisa de cada vez;

Porém, também é necessário que os companheiros não sintam que aquela criança tem direito a regalias especiais, quando ela por norma manifesta um pior comportamento.



- **Esquema de Programação do Professor para avaliação psicopedagógica e programação junto de alunos hiperativos.** Adaptado de Safer e Allen (1979 cit. por Vásquez, 1997:179).

#### **Processo de avaliação do aluno:**

##### **✓ Observação:**

1. observar e avaliar sistematicamente o grau de hiperatividade.
2. considerar todas as causas possíveis e as suas implicações psicopedagógicas.

##### **✓ Avaliação direta:**

3. fazer um registo completo de condutas hiperativas específicas.
4. determinar a frequência dos êxitos em aquisições académicas básicas tais como leitura, escrita e cálculo, mediante a aplicação de provas adequadas.
5. determinar as alterações apresentadas: sensoriais, motoras ou percetivas, através da aplicação de inventários selecionados ou testes.

##### **✓ Consulta e referências:**

6. implicar os pais na avaliação da criança.
7. pedir a ajuda específica do psicólogo, médico e outros colaboradores, na medida do necessário.

#### **Processo de programação para o aluno:**

##### **✓ Programa Escolar:**

8. comentar os resultados com o orientador escolar e planificar todo o programa de intervenção pedagógica.
9. pedir o apoio de mais um professor, se necessário.

##### **✓ Programação para a turma e para o professor:**

10. selecionar objetivos de aprendizagem adequados à criança.
11. estabelecer diariamente as sessões terapêuticas para inibição da hiperatividade.

12. registrar diariamente os progressos e recompensas do aluno.

✓ **Programação para os pais:**

13. informar os pais acerca do programa terapêutico e dos progressos do aluno.

14. obter a colaboração e apoio dos pais para um ensino complementar em casa, para reduzir o comportamento hiperativo.

**D. A Escola**

A escola é um microssistema importante, por onde passam quase todas as crianças, na grande maioria das culturas e onde passam a maior parte do seu dia. Estudos mostram que a escolaridade tem um efeito direto e positivo sobre algumas aptidões cognitivas, como a capacidade de usar boas estratégias de memória e ajudar a criança a aprender a pensar. A escola é também um ambiente social com regras e limites a serem incorporados e assimilados, e onde a criança estabelece novos relacionamentos (Benczik, 2002).

As crianças passam grande parte do seu tempo na escola, um ambiente onde as regras são uma característica essencial. Aqui é-lhes solicitado que escutem, sigam os preceitos e as instruções, respeitem os outros, assimilem o que lhes é transmitido, se interessem pela aprendizagem e, particularmente, que estejam sentadas a ouvir mais do que a falar.

As crianças com PHDA têm muitas dificuldades em cumprir as regras definidas ou em manter o empenho nas atividades dirigidas pelo adulto. Os comportamentos perturbadores e as dificuldades de aprendizagem, que lhes estão associadas, são manifestações muito frustrantes para o professor e para a criança, podendo conduzir ao desenvolvimento de sentimentos mútuos de aversão ou mesmo de hostilidade (Vasquez, 1997). Assim, é importante estabelecer estratégias que permitam, com mais facilidade, ajustar o comportamento da criança, de tal modo que esta aprenda e deixe que os outros alunos, da turma onde se encontra integrada, aprendam também. A relação escola/PHDA é tão importante como a relação pais/PHDA.

É crucial compreender que a PHDA é uma perturbação crónica de base orgânica, cujas manifestações são agravadas pelas características ambientais, que é tratável mas não é

curável, e que se prolongará por todo o percurso escolar do aluno (Pfiffner e Barkley, 1998) (<http://ddah.planetaclix.pt>).

Segundo DuPaul & Stoner (1994) “os problemas comportamentais e os problemas de aprendizagem estão intimamente ligados. O tratamento, que tradicionalmente investia mais nos aspetos comportamentais, será mais eficaz se investir também no rendimento das áreas académicas. A melhoria destas conduz à diminuição dos comportamentos perturbadores, pelo que a metodologia mais adequada para o atendimento destas crianças deve incidir nos problemas da aprendizagem a par das condutas perturbadoras”. (<http://ddah.planetaclix.pt>).

É de realçar que a intervenção não se deve focar única e exclusivamente na criança, mas também nos contextos onde surgem os seus comportamentos. Os professores devem adotar uma perspetiva mais educativa e menos comportamentalista, atuando não só sobre os consequentes (reforço positivo, custo da resposta, entre outros), como também sobre os antecedentes que estão mais apegados ao contexto educativo. Um plano de intervenção deve conter as estratégias e os recursos que o professor vai empregar no controlo do contexto, procurando evitar um comportamento indesejável e alcançar um comportamento desejável.

As crianças com este tipo de perturbações agem melhor se o meio envolvente for previsível e bem organizado, se respeitar os seus hábitos e os costumes e se oferecer sentimentos de aconchego, de estabilidade e de segurança.

Para Pfiffner e Barkley (1998), a intervenção mais segura e saudável que leva a uma melhoria no rendimento escolar é a que se desenrola no contexto escolar e no exato momento de execução do comportamento, através da aplicação de consequências positivas mais notórias e constantes e de consequências negativas mais consistentes, ligadas a uma adequada apropriação do ambiente. (<http://ddah.planetaclix.pt>).

As listas de verificação apresentadas abaixo expõem alguns exemplos de mudanças que podem ser aplicadas no contexto da sala de aula e nos processos e nas metodologias de trabalho do professor para facilitar a integração, inclusão, adaptação, acomodação e alcançar o sucesso escolar da criança com PHDA. (Rief, 1998) (<http://ddah.planetaclix.pt>).

- **Adaptações:**

### **1. Adaptações no meio ambiente da aprendizagem:**

- ✓ sentar a criança num local calmo e que não conduza a distrações;
- ✓ posicionar os alunos na sala com um bom ângulo visual para o quadro;
- ✓ deixar apenas o material de aprendizagem essencial e evitar o material desnecessário que distraia a tenção;
- ✓ ajudar a manter a área de trabalho da criança o mais livre possível;
- ✓ dar possibilidade à criança para se mobilizar;
- ✓ identificar os sons exteriores inquietantes;
- ✓ atribuir um espaço na sala onde a criança possa realizar as suas tarefas sozinha, caso haja necessidade;
- ✓ ter na sala pequenos cantos ou espaços para a criança realizar atividades manuais ou artísticas;
- ✓ determinar e praticar tarefas de forma rotineira;
- ✓ criar e definir regras bem claras e impor o seu cumprimento;
- ✓ elaborar listas de verificação que ajudem o aluno a organizar-se.

### **2. Adaptações para obter a atenção dos alunos:**

- ✓ formular uma interrogação interessante, agradável e atraente, apresentar uma ou várias imagens, contar uma breve história ou ler um poema com o intuito de conceber a curiosidade, a polémica ou, até mesmo, um debate;
- ✓ produzir uma representação, dramatização ou um teatro para estimular a atenção e apurar o interesse;
- ✓ contar uma história. As crianças de todas as idades apreciam ouvir histórias, sobretudo histórias pessoais;
- ✓ acrescentar um pouco de mistério. Por exemplo, o facto de se levar um objeto para a aula dentro de uma caixa ou de um saco alimenta a curiosidade e o desejo de adivinhar o que é, podendo também conduzir a benéficas e extensas conversações ou até mesmo motivar para a expressão escrita;
- ✓ usar o contacto sonoro como o toque de uma campainha ou de um despertador para apelar a atenção dos alunos;

- ✓ alternar o tom de voz: alto, suave, sussurrante. Dar uma ordem num tom de voz elevado seguido de alguns segundos de silêncio e continuar num tom de voz normal;
- ✓ utilizar sinais visuais como acender e apagar as luzes ou levantar as mãos;
- ✓ juntar o material visual, que chama a atenção dos alunos, com as mãos ou com outro material colorido;
- ✓ começar a aula com a projeção de uma imagem engraçada no ecrã;
- ✓ utilizar a cor;
- ✓ evidenciar entusiasmo, interesse e importância no conteúdo ou tema a abordar;
- ✓ aplicar o contacto visual, desafiando o olhar dos alunos para o professor.

### **3. Adaptações para focar a atenção dos alunos:**

- ✓ aplicar estratégias multissensoriais quando falar para os alunos;
- ✓ projetar bem a voz para se ser ouvido por todos os alunos;
- ✓ no caso da aula ser expositiva, chamar os alunos para se sentarem nas secretárias da frente e assim ficarem mais perto do professor;
- ✓ esclarecer a finalidade e a pertinência da aula para captar a atenção dos alunos;
- ✓ incluir, sempre que houver possibilidade, demonstrações, dramatizações, representações, demonstrações e atividades manuais na aula;
- ✓ utilizar uma lanterna de bolso ou um apontador laser para alumiar assuntos ou matérias importantes ou, até mesmo, desligar a luz como recurso para captar a atenção dos alunos;
- ✓ utilizar guias de estudo incompletos (com espaços lacunares) para os alunos preencherem durante o decorrer da aula, à medida que vão escutando o professor;
- ✓ servir-se de material visual atrativo como o uso de gestos, a escrita de palavras-chave ou o traçado de desenhos ou diagramas no quadro durante o decorrer da aula;
- ✓ ilustrar abundantemente, mesmo que não se tenha muita habilidade para o desenho, pois os desenhos mais desfigurados, às vezes, são melhores para ajudar a recordar certa matéria;
- ✓ servir-se de um apontador cómico para direcionar a atenção dos alunos para o que se quer evidenciar;
- ✓ conduzir os alunos a escrever pequenas notas ou a fazer ilustrações sobre aspetos essenciais da aula.

#### **4. Adaptações no ritmo de trabalho:**

- ✓ adequar o ritmo da aula à capacidade de percepção do aluno. Intercalar atividades passivas com atividades mais ativas;
- ✓ atribuir mais tempo para concluir as tarefas;
- ✓ diminuir a quantidade e a duração do trabalho e dos testes;
- ✓ intervalar curtos períodos de trabalho com pausas ou trocas de tarefas;
- ✓ criar limites claros e bem definidos para findar as tarefas;
- ✓ acordar contratos escritos com recompensas para a conclusão de certas tarefas.

#### **5. Adaptações para manter a atenção dos alunos:**

- ✓ deslocar-se pela sala para manter a visibilidade;
- ✓ organizar a matéria a ensinar em temas, sempre que possível, permitindo que se estabeleçam ligações entre os diferentes aspetos;
- ✓ fazer a apresentação da matéria a ensinar de uma forma viva e a um ritmo ligeiro, evitando momentos mortos na aula;
- ✓ permitir que os alunos falem e não se limitem a ouvir, reduzindo ao máximo possível o tempo que o professor passa a falar;
- ✓ estruturar a aula de maneira que se formem pequenos grupos ou pares de alunos para maximizar o envolvimento e a atenção dos alunos;
- ✓ fazer uso frequente de respostas em coro, sobretudo quando é possível uma resposta com poucas palavras. Durante a aula, parar com frequência e levar os alunos a repetir em coro uma ou duas palavras-chave;
- ✓ usar o computador, sempre que disponível, para desenvolver determinadas competências. O computador pode ser uma ferramenta muito apelativa.

#### **6. Adaptações nos métodos de ensino:**

- ✓ fazer uma apresentação global da lição antes de a iniciar;
- ✓ confrontar a informação recente com o conhecimento que a criança já possui;
- ✓ apresentar exemplos reais antes de partir para o abstrato;
- ✓ repartir as tarefas difíceis em tarefas mais pequenas e acessíveis;
- ✓ diminuir a quantidade de conceitos expostos de uma vez só;
- ✓ conduzir os alunos a verbalizar os saberes e os conteúdos estudados/abordados;

- ✓ adicionar e complementar os ensinamentos orais com os ensinamentos escritos.

## **7. Adaptações nas estratégias:**

✓ não usar linguagem abstrata com emprego de figuras de estilo como por exemplo as metáforas;

- ✓ realçar a informação essencial;
- ✓ utilizar frases curtas e abreviadas relativamente ao conteúdo em estudo;
- ✓ focar a atenção do aluno antes de citar aspetos chave;
- ✓ familiarizar o aluno com o novo vocabulário;
- ✓ evitar que seja preciso copiar bastantes anotações do quadro ou transcrever demasiada informação dos livros;
- ✓ utilizar fichas de aplicação bem estruturadas;
- ✓ facultar pistas ou dicas iniciais ao aluno para que ele comece o trabalho;
- ✓ não pressionar muito o aluno para se despachar ou fazer correto.

## **8. Adaptações para manter os alunos em atividade:**

- ✓ criar na turma um ambiente mais cooperativo e menos competitivo;
- ✓ usar estratégias de aprendizagem cooperativista;
- ✓ empregar o trabalho de grupo de forma adequada. As crianças com PHDA apresentam dificuldade em integrar-se em grupos mal estruturados em que os papéis não estão bem definidos;
- ✓ verificar se todos os alunos compreenderam o trabalho que têm de fazer antes de os colocar a trabalhar individualmente;
- ✓ nomear um companheiro para auxiliar o aluno, averiguando se este entendeu as tarefas que foram estabelecidas;
- ✓ atribuir aos alunos trabalho individualizado que sabemos que eles serão capazes de o complementar;
- ✓ providenciar trabalhos de fácil execução no caso de o aluno ter de aguardar pela ajuda do professor;
- ✓ beneficiar de alguns alunos para colaborar com outros enquanto o docente está ocupado com um determinado grupo;
- ✓ aproveitar os colegas para ler para o aluno as informações mais relevantes;

- ✓ servir-se dos colegas para estimular o aluno a continuar na tarefa;
- ✓ ter sinais que os alunos podem utilizar para alertar o professor de que necessitam de ajuda ( por exemplo uma bandeira ou outro objeto atribuído e que tenha sido combinado);
- ✓ observar frequentemente o que acontece na sala. Todos os alunos carecem de reforço positivo. É importante o professor fazer comentários positivos constantes e elogiar os alunos;
- ✓ alguns alunos apreciam competir com o relógio. Assim sendo, um despertador ou cronômetro ajuda a cativá-los e a apressarem-se na concretização do trabalho;
- ✓ criar um sistema de prêmios em que os alunos obtêm um brinde/presente no caso de alcançarem um objetivo anteriormente delineado.

#### **9. Adaptações na avaliação:**

- ✓ possibilitar instrumentos ou meios de avaliação alternativos e opcionais como por exemplo a apresentação oral e a resposta múltipla;
- ✓ criar expectativas realistas relativamente aos resultados a atingir que estejam em comum concordância;

#### **10. Adaptações no tratamento de comportamentos inadequados:**

- ✓ prever e evitar os problemas e determinar regras e consequências claras;
- ✓ prevenir uma linguagem de confronto;
- ✓ definir alternativas para atitudes, ações, posturas e comportamentos desapropriados;
- ✓ atribuir na sala um sítio para tranquilizar;
- ✓ enaltecer os comportamentos apropriados;
- ✓ ignorar comportamentos;
- ✓ evitar dar atenção a comportamentos impróprios iniciados unicamente com esse objetivo;
- ✓ procurar não criticar o aluno;
- ✓ averiguar os níveis de tolerância e ser compreensivo diante de sinais de frustração;
- ✓ dialogar em privado com o aluno sobre os seus comportamentos inapropriados;



- ✓ estabelecer comportamentos alternativos aos comportamentos indesejados;
- ✓ retirar objetos que possam principiar um comportamento não desejado;
- ✓ atuar com humor em momentos de pressão com o intuito de acalmar.

#### **1.14 Uma proposta para o ensino de crianças com PHDA**

A educação escolar é essencial para o desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças. Fomentar esse processo é o longo túnel que o professor pedagogo tem a seguir para revelar as suas competências, aptidões, capacidades e auxiliar as crianças com PHDA a ultrapassar as suas dificuldades. De tal modo, devem ser efetuadas modificações na sala de aula que permitam à criança com PHDA, um melhor desempenho. Adicionalmente, estas modificações ajudam as crianças com PHDA a desenvolver mecanismos de compensação, que poderão empregar mais tarde noutras situações.

As crianças não têm todas que realizar as mesmas tarefas ou ter a mesma abordagem pedagógica, apenas é importante que alcancem, independentemente dos caminhos que sigam, a mesma meta final: apreendam os mesmos conceitos e/ou princípios.

O professor deve ter uma abertura de modo a permitir uma maior adaptação e sucesso por parte da criança, como tal deve apostar na adaptação de estratégias e modificação de comportamentos.

##### **Nas adaptações ambientais deve-se:**

- ✓ sentar a criança perto do professor;
- ✓ fornecer uma sala de aulas estruturada, com expectativas claras;
- ✓ limitar espaços abertos que possam encorajar comportamentos hiperativos;
- ✓ reduzir os estímulos que levem à distração;
- ✓ ter aulas preferencialmente de manhã, em turma reduzida.

**As crianças com PHDA têm frequentemente dificuldades em seguir instruções, como tal é importante:**

- ✓ manter as instruções verbais curtas, claras e repetir sempre que necessário;

- ✓ fornecer instruções escritas (revistas oralmente), para tarefas de múltiplos passos;

- ✓ dividir as tarefas e o trabalho de casa em pequenas etapas.

**Para promover o sucesso deve-se:**

- ✓ reduzir o trabalho escrito (na sala de aula e TPC) até aos limites de capacidade e tempo de atenção do aluno;

- ✓ permitir testes com limite de tempo adequados ao aluno;

- ✓ fornecer "feedback" formal para reforçar comportamentos positivos;

- ✓ recompensar os progressos, mesmo que o desempenho seja inferior ao que devia.

**Para a criança aprender a organizar-se deve-se:**

- ✓ estabelecer rotinas diárias;

- ✓ ajudar a criança a utilizar uma agenda de trabalhos de casa. Listar os deveres, a data da entrega e os livros / materiais necessários. Recordar à criança que deve consultar a agenda no final de cada dia para se assegurar que está tudo em ordem.

**Algumas crianças com PHDA têm dificuldades na escrita como tal deve-se:**

- ✓ limitar a quantidade de trabalhos escritos;

- ✓ facilitar o uso de computador nas crianças mais velhas;

- ✓ não dar ênfase excessivo à apresentação/erros ortográficos e focar mais no conteúdo;

- ✓ em certos casos considerar apoio especial dirigido à caligrafia.

**Para ajudar a criança a controlar os seus impulsos deve-se:**

- ✓ lembrar a criança com frequência que deve pensar antes de responder ou de executar qualquer tarefa;

- ✓ avisar a criança que deve sempre verificar os trabalhos, antes de os entregar.

**Para manter e reforçar a sua autoestima deve-se:**

- ✓ promover o desempenho em áreas fortes da criança;

- ✓ reforçar comportamentos e desempenhos adequados em público e em privado;

- ✓ não pedir publicamente à criança que execute uma tarefa que seja muito difícil para ela;

- ✓ focar a atenção mais no reforço positivo do que nas respostas negativas.

**Ao implementar um programa de modificação comportamental específico deve-se:**

- ✓ promover o desempenho em áreas fortes da criança;
- ✓ reforçar comportamentos e desempenhos adequados em público e em privado;
- ✓ não pedir publicamente à criança que execute uma tarefa que seja muito difícil para ela;
- ✓ focar a atenção mais no reforço positivo do que nas respostas negativas.

**Ao ensinar a criança a ser um aprendiz ativo deve-se:**

- ✓ encorajar ajudas visuais e experimentação como forma de reforçar a aprendizagem;
- ✓ ensinar leitura ativa (sublinhar), escutar ativo (tirar notas), ler para procurar detalhes e subvocalização (sussurrar) como uma ajuda à memorização.

As crianças com PHDA têm uma maior incidência de problemas de processamento de informação como tal deve-se fornecer apoio dirigido às dificuldades específicas da criança, em sessões curtas, de acordo com o seu tempo de atenção.

### 1.15 Que impacto pode ter a PHDA?

- **Para a criança:** talvez o maior impacto da hiperatividade nas crianças que sofram deste distúrbio seja o facto de serem, frequentemente, rejeitadas pelos seus colegas. As dificuldades escolares e de relacionamento social podem ter consequências a longo prazo. Alguns estudos mostram que o número de acidentes é mais elevado neste grupo de crianças e, quando há uma combinação com outros distúrbios comportamentais, estas crianças têm um risco acrescido de, mais tarde, virem a adotar comportamentos antissociais ou mesmo, a abusar de drogas. À medida que a criança cresce, vai desenvolvendo estratégias de autocontrolo que lhe permitem uma melhor adaptação e um melhor relacionamento com o seu ambiente.

- **Para a família:** os pais de crianças hiperativas sentem-se, muitas vezes, impotentes, desanimados, sem saber o que fazer. Os métodos de disciplina normalmente empregues, tais como a argumentação, os castigos ou a repreensão não funcionam com estas crianças. Frustrados, por vezes, recorrem a métodos mais desesperados, como bater ou gritar, mesmo sabendo que tais comportamentos são pouco adequados e não resolvem nada. O resultado do comportamento dos pais acaba por manifestar um sentido de culpa que em nada contribui para o bem-estar da criança. As famílias que lidam com crianças com doenças crónicas (por exemplo, paralisia cerebral ou autismo) manifestam maiores níveis de frustração e problemas conjugais. Além de que as despesas com os tratamentos destas crianças podem representar um fardo pesado para muitas famílias.

- **Para a sociedade:** existe a necessidade de uma atenção especial, com custos que se repartem pelas estruturas de saúde, da justiça, da educação e da solidariedade social. Quando associada a outros comportamentos problemáticos, pode contribuir, numa idade mais avançada, para manifestações de violência e criminalidade, dada a impulsividade que lhes é característica.

## **Capítulo 2. O Jogo**

### **2.1 Definição de jogo**

O jogo pode ser definido, de uma forma geral, como o conjunto de atividades às quais o organismo se integra, principalmente com o intuito pelo prazer da própria atividade. Este é indispensável para o equilíbrio afetivo e intelectual da criança, bem como de assimilação, já que transforma a realidade segundo as necessidades do eu.

Na formação do símbolo, Piaget (1998), classifica os jogos em três tipos: os de exercício, os simbólicos e os de regra. Para este autor o jogo é a construção do conhecimento pelo menos durante os períodos sensoriomotor e pré-operatório.

Para Wasserman (1994), o jogo é, para as crianças, mais do que um instrumento para conquistarem alguns triunfos, é um meio de conquistar informações e respostas.

Para Kishimoto (2000:11), “o jogo e a criança caminham juntos desde o momento em que se fixa a imagem da criança como um ser que brinca. Portadora de uma especificidade que se expressa pelo acto lúdico, a infância carrega consigo as brincadeiras que se perpetuam e se renovam a cada geração”.

No jogo a criança brinca pelo prazer de o fazer uma vez que este é algo de espontâneo e libertador.

Para Júnior (1929 cit. por Kishimoto, 2000:106), “a criança procura o jogo como uma necessidade e não como distração”. É pelo jogo que a criança se mostra. As suas aptidões boas ou más, a sua vocação, as suas capacidades, o seu carácter, tudo o que ela traz patente no seu eu em construção, torna-se evidente pelo jogo e pelos brinquedos, que ela exercita.

O jogo permite que a criança se eduque e se fortaleça nas suas capacidades individuais. Ela através do jogo transcende-se mostrando o que de bom e criativo há em si. O jogo permite à criança a iniciação de certos conhecimentos, como também, lhe permite a retenção das suas capacidades intelectuais.

Para Decroly (1978 cit. por Kishimoto, 2000:113), “o jogo não é o fim visado, mas o eixo que conduz a um conteúdo didático determinado. Ele resulta de um empréstimo da acção lúdica para servir à aquisição de informações”.

Na perspectiva de Neto (1997:21), “o jogo é um processo de dar liberdade, de a criança exprimir a sua motivação intrínseca e a necessidade de explorar o seu envolvimento físico e social sem constrangimentos”.

## **2.2 A origem do jogo**

A arqueologia determina o aparecimento de jogos desde 2600 a.C. Os jogos ocorrem universalmente em qualquer cultura humana. O jogo real de Ur, Senet, e Mancala são três exemplos de jogos considerados dos mais antigos. Em Portugal temos como referência mais antiquíssima o jogo do Tavalado.

A classificação dos jogos envolve dois elementos fundamentais: as ferramentas e as regras. São estes elementos que definem a classificação/a categoria de cada jogo em jogos de perícia, jogos de estratégia ou jogos de azar.

As regras de um jogo definem a sua coerência e estrutura. Embora um mesmo jogo possa ser praticado com variações, certas alterações no padrão de regras podem criar novos jogos. As regras de um jogo deliberam a sequência de turnos, os direitos e obrigações de cada jogador bem como os objetivos a serem adquiridos.

As ferramentas de um jogo associadas às suas regras irão estabelecer a classificação de um jogo entre os jogos de perícia, jogos de estratégia ou jogos de azar. Os jogos de perícia podem exigir habilidades físicas como as artes marciais, o tiro ao alvo ou habilidades mentais como xadrez ou damas. Os jogos de estratégia exigem um bom raciocínio lógico dos seus jogadores como é o caso do jogo Mancala. Os jogos de azar são jogos em que a vitória é conseguida sobretudo por elementos aleatórios, como é o caso do jogo do bingo ou da roleta.

Os jogos costumam ser estudados sob quatro áreas do conhecimento humano:

- ✓ **antropológico** - estuda o significado e o contexto dos jogos;
- ✓ **sociológico** - estuda os efeitos dos jogos sobre as pessoas (aprendizagem, desenvolvimento cognitivo, agressividade, entre outros);

✓ **tecnológico** - estuda os elementos que compõe os jogos e a sua utilização. Analisa a sua utilização como vetores de inovações tecnológicas. É também o campo de estudo e trabalho dos *designers* de jogos;

✓ **comercial** - analisa a criação, evolução e a comercialização dos jogos ([pt.wikipedia.org/wiki/jogo](http://pt.wikipedia.org/wiki/jogo)).

### 2.3 O valor do jogo e as suas regras

O jogo divide-se em quatro atividades simples e básicas do ser humano: invenção, imitação, instintos e tradição da sociedade.

Iniciamos com os jogos resultantes do nosso instinto que são inatos e nascem connosco. Estes jogos revelam a personalidade do indivíduo, resultado da imitação de outros e da transmissão de uns para outros.

A criança tem uma tendência extremamente vigorosa para imitar. Podendo, mais tarde, estas imitações darem lugar a um novo jogo. As imitações realizadas pela criança têm um quanto de realismo, aproximando as suas brincadeiras e jogos da realidade adulta([pt.wikipedia.org/wiki/jogo](http://pt.wikipedia.org/wiki/jogo)).

Na realização destes jogos, a criança sente uma necessidade de reproduzir para se assumir, pois quando estimula a sua imaginação, transforma tudo em utensílios necessários para a realização do jogo.

Para Piaget (1947, 1968 e 1972 cit. por Neto, 1997), o jogo apresenta-se de duas formas: como jogo de práticas sensoriomotoras e jogo simbólico do “faz de conta”.

A criança contenta-se com pouco ao jogar, um mesmo objeto pode ser uma infinidade de coisas de acordo com o jogo que a criança pretende realizar. Estas transformam-se também em coisas para além dos objetos. Logo, a imaginação e a imitação são fontes de jogos.

O jogo tem origem na nossa infância, pois desde os primeiros meses de vida os jogos ensinam a comportar-nos, a preparar-nos para a vida. Posteriormente, a imitação juntamente com a imaginação da criança dão origem a jogos que acabam por ser transmitidos a outros.

Ao longo do tempo os jogos são ensinados de geração em geração criando-se regras próprias para estes, porém sofrem as naturais adaptações da cultura das diferentes povoações e sociedades.

- **O valor do jogo**

O jogo é uma componente essencial à vida dos homens em todas as sociedades e em todas as épocas. É extremamente importante para o desenvolvimento da criança como pessoa, para a sua personalidade, individualidade, bem como para a sua socialização.

Ao brincar, e sem ter consciência disso, a criança em especial a hiperativa, adquire os hábitos necessários para o seu desenvolvimento intelectual, como por exemplo, a persistência, tão importante para a aprendizagem. Através da brincadeira as crianças aprendem a interagir como indivíduos únicos e descobrem o prazer de fazer as coisas com perfeição. À medida que estas brincam, agem sobre os objetos do mundo exterior e reagem por sua vez às ações das outras pessoas.

Para Storms (2003) jogar é sair da rotina uma vez que ao jogar, a vida quotidiana deixa de existir e só reaparecerá quando o jogo acabar. Jogar é reagir a uma determinada situação e nela se empenhar de forma total. Os jogos fascinam de tal modo as pessoas que as levam muitas vezes a extremos devido à paixão que sentem ao jogar. O jogo mais do que qualquer outra atividade motiva o jogador de forma absoluta. Jogar é também, ao mesmo tempo, pensar, sentir e agir. O jogo permite a conjugação em simultâneo do desenvolvimento das faculdades intelectuais, emocionais e motoras. Em suma, o jogo permite a conciliação do pensamento, das sensações e a ação.



## **2.4 O Jogo a sua Pedagogia e Psicologia**

### **2.4.1 A Pedagogia do Jogo Didático**

Os jogos didáticos são verdadeiros instrumentos pedagógicos, elaborados para uma determinada finalidade e estratégia de ensino. Estes têm intenção de distrair e instruir ao mesmo tempo.

Na escola as responsabilidades escolares vão surgindo e a espontaneidade da criança começa, entretanto, a ser dirigida por ação educativa do jogo. Este tem sempre duas funções:

- ✓ função lúdica, nesta a criança encontra o prazer ao jogar;
- ✓ função educativa, através do jogo é ensinado algo, que deste modo ajuda a desenvolver o conhecimento da criança e a sua apreensão do mundo.

O jogo na criança é o trabalho, é o bem, o dever e o ideal de vida em que o seu ser psicológico pode respirar e conseqüentemente agir.

Estes possuem o poder de fascinar pessoas e podem ser praticados de uma maneira construtiva e não como uma série de preenchimento de tempo.

Até hoje tem havido pouca preocupação com uma verdadeira pedagogia de atividade lúdica, isto é, com uma investigação sistemática da sua utilidade educativa e das formas como os educadores a podem utilizar com eficácia. Assim, a escola torna-se um lugar de legitimação da brincadeira, o jogo é nesta, ou deveria ser um dos meios de pedagogia ativa.

Só quando se reconhece o valor da atividade lúdica como argumento educativo, e quando se utiliza uma metodologia de ensino dinâmica e ativa é que se consegue tirar proveito pedagógico dessa atividade. Dentro de uma metodologia de utilização pedagógica do jogo, convém respeitar o nível.

Para o educador, o jogo didático é um meio privilegiado de conhecer a criança, tanto no plano psicológico como nas componentes culturais e sociais; pode-se ver a manifestação de pobreza no desenvolvimento afetivo, psicomotor ou intelectual e inclusive identificar o estágio de desenvolvimento mental da criança.

A criança através do jogo aprende a conhecer-se, a dominar as suas emoções, a conhecer o seu corpo, a fazer representações do mundo exterior e mais tarde sobre ele.

Este é considerado como uma forma de representação e comunicação:

- ✓ **representação** - do mundo exterior que a criança faz de si mesma e do mundo interior que ela projeta nos temas dos seus jogos;
- ✓ **comunicação** -há jogos que permitem um relacionamento com outras crianças, isto caso ela não esteja gravemente doente ou isolada.

Este processo permite ao educando aperfeiçoar a sua destreza motora, bem como adquirir certos automatismos motores.

Em suma, os adultos deverão valorizar e encorajar o jogo, pois este motiva e cativa as crianças e também porque, todos sabemos que as crianças só aprendem quando são cativadas, facto que se revela primordial nas crianças hiperativas pois só realizam as tarefas quando se sentem motivadas. Os adultos devem encorajar a aprendizagem apoiando-se nos jogos e participando neles.

#### 2.4.2 A psicologia do jogo infantil

O jogo preenche as funções afetivas e intelectuais no devir infantil. Este também participa na educação e formação das crianças, construindo aquilo que são e em que se irão tornar. Desta forma, nenhum professor, nenhum encarregado de educação poderá negligenciar o significado de jogo infantil, os seus valores e as suas características psicológicas principais.

Segundo Piaget (1998), a evolução do jogo tem várias etapas:

✓ **jogos de exercícios** - é o momento em que a criança sente prazer, emoção ou surpresa nos movimentos do corpo que ela descobre (ela repete então, sob forma de jogo, os gestos que realizou por acaso e que lhe deram satisfação). Estes jogos ocorrem nos primeiros dezoito meses de vida.

Para Gross (1986 cit. por Neto, 1997), o jogo está intimamente ligado à condição humana e visto como o pré-exercício de variadas funções e instintos, este pré-exercício vai permitir chegar ao simbolismo.

✓ **jogos simbólicos** - a criança esforça-se por se acomodar ao mundo e assimilá-lo. Aqui desenvolve os jogos de mimo ou de ficção simbólica através dos quais a criança imita o mundo exterior. Estes jogos têm o seu culminar máximo entre o segundo e o quarto ano de vida.

Para Leitão (s/d cit. por Neto 1997: 67), “o jogo simbólico tem permitido uma melhor compreensão da génese da actividade simbólica, quer como expressão fundamental do sistema de comportamentos exploratórios, quer na relação que este sistema de comportamentos mantém com o desenvolvimento do sistema de vinculação”.

✓ **jogos de regra** - nesta etapa entra-se na socialização infantil. Inicia-se o período de relações estreitas entre o jogo e a instituição escolar. O jogo socializado marca o aparecimento do jogo pedagogicamente explorável. As relações entre o desenvolvimento intelectual e afetivo da criança e a função educativa da escola manifestam-se particularmente nos laços que se criam entre os jogos e as disciplinas maiores do ensino. Para o pedagogo a etapa mais importante é esta, onde a evolução pode-se seguir desde o jardim de infância até ao ensino secundário, inclusive. Os jogos de regra adquirem a sua maior importância a partir do sétimo ano de vida e a partir deste momento é exigida a capacidade de adaptação e integração social.

✓ **jogos como linguagem** - exprime o encontro entre personagem singular e o mundo no qual ela se encontra e se constrói dando significados.

Nota-se, então um aprofundamento das relações entre o jogo e a linguagem. São essenciais para a evolução psicológica da criança e para a sua construção intelectual. Assentam assim a sua saída progressiva do egocentrismo posto em evidência por Piaget, confusão do interior com o exterior, do eu com o mundo, do imaginário com o real, colaborando assim para que se opere a descentralização da criança, ou seja, o seu caminho para o controlo da objetividade, que constitui a chave do seu acesso a uma verdadeira formação intelectual.

Ao pedagogo não interessa apenas todas estas etapas do jogo, mas também as diretrizes que lhe vão permitir conduzir uma ação educativa adequada, coerente e positiva.

## **2.5 As Funções do Jogo**

- **O papel do jogo no desenvolvimento da criança**

O jogo preenche sem dúvida as funções psicossociais, afetivas, intelectuais no dever infantil, ele participa na educação de todas as crianças incluindo as hiperativas, ou seja, na formação daquilo que se irão tornar.

A formalidade dos jogos não é ensinar às crianças as regras do jogo, o professor deve evitar corrigir a criança quando ela constrói as suas próprias regras, porque se o objetivo é estimular a criança a ser autónoma, a imposição das regras do jogo agravam a situação de heterogeneidade, mantendo a criança dependente do adulto.

A criança integra-se inteiramente ao jogo, uma vez que este lhe serve para a afirmação integral da sua personalidade.

Através do jogo funcional na criança podemos com antecedência avaliar se esta terá ou não um desenvolvimento normal.

Em suma, é pelo jogo que começa o pensamento propriamente humano, através dele completamos, projetamos, construímos, tornamo-nos autónomos, construímos a nossa personalidade e esquemas práticos necessários à atividade adulta.

### **2.5.1 O jogo como fator educativo**

Antigamente, o jogo não tinha um papel muito importante no fator educativo. Em educação, evitar o jogo na criança e habituá-la só ao cumprimento ajustado dos seus deveres e a agir em ordens a fins determinados e práticos, pode ser arriscado em educação.

O jogo é uma expressão de vida, espontânea e necessária. Desta forma, é a primeira manifestação vital de um ser em desenvolvimento. Todas as crianças sentem necessidade em jogar.

No alicerce do jogo da criança, encontramos primeiramente o prazer e a necessidade da ação. A criança também é um ser imitativo, pois sente prazer em se identificar com aquele que o educa.

Assim, no jogo, não há somente o exercício de certas atividades instintivas vitais; há também o ensaio para a realização de algumas regras que deseja cumprir posteriormente como adulto.

O jogo é muito importante, pois a criança cresce, desenvolve-se e antecipa-se aos exercícios futuros da sua vida. Neste, ela encontra o seu equilíbrio e também uma atividade que convém e que está à sua medida. Por jogo poderá dizer-se que é a tarefa essencial de todas as crianças, é também a descoberta das coisas, a descoberta de si própria, das tendências e necessidades.

O jogo é equilíbrio e harmonia, perfeitamente adaptado à natureza das suas forças, à imaturidade da sua constituição psicofisiológica. Por isso, é uma atividade rica de significado psicológico. A criança possui uma vida psíquica em desenvolvimento progressivo, que o educador precisa de conhecer e interpretar, para a compreender e lhe preparar um ambiente próprio ao desenvolvimento da sua personalidade.

Através do jogo, transmite-se a alma completa da criança. Revela-se tal e qual como é, nas suas possibilidades e nos seus limites, com tendências e necessidades, com defeitos ou virtudes, com entusiasmo, alegria, vitalidade e confiança, ou com perturbações psicossensoriais.

O jogo é uma ação rica de conteúdo psicológico que deve merecer lugar de honra nos planos escolares e nos cuidados da família. Este processo não tem apenas uma função de diagnóstico, tem sobretudo uma alta função terapêutica, como processo educativo.

Toda a arte da educação consiste no desenvolvimento para a orientação e estimulação da criança para a necessidade da ação, proporcionando-lhe um ambiente adequado ao desenvolvimento das suas funções.

A criança que é reprimida, torna-se geralmente uma criança triste, solitária, muitas vezes desadaptada socialmente à vida e aos ensinamentos. Esta jamais realizará com alegria algo.

O jogo permitirá desenvolver a sua personalidade, bem como esta se revelar e desenvolver através dele. O jogo didático na criança deve criar sempre uma atmosfera de compreensão, carinho e justiça. Este prepara para a vida, dando a cada criança o espírito de disciplina, de ordem, de justiça, de lealdade e de domínio sobre si mesmos.

Ao jogar esta pode adquirir inclinação natural para a ordem, aprendendo a tomar cuidado com as suas coisas e a disciplinar a sua ação.

Com o desenvolvimento intelectual as crianças interessam-se por jogos de memória em que exercitam as suas faculdades criadoras. À medida que se aproximam da adolescência, estas sentem um prazer cada vez maior pelos jogos em comum. Antes, o seu desejo de vencer era todo pessoal, tornando-se agora a uma vitória da sua equipa, pensando respetivamente no bem do grupo.

Cabe ao educador estimular estes jogos coletivos, de modo a evitar que algumas crianças se tornem tímidas e fiquem enclausuradas nos seus próprios interesses.

Os jogos didáticos coletivos, quando bem orientados, desenvolvem o espírito de solidariedade social e ajudam a aperfeiçoar e a eliminar as arestas, tais como: o hábito de querer tudo para si, a preguiça, o egocentrismo e o egoísmo.

Os jogos de competição, quando mantidos em proporções corretas, oferecem à criança alegrias imediatas e podem ser um instrumento essencial na formação da sua vontade resoluto e disciplinada. Nesta competição ela aprende a desenvolver o gosto pelo esforço, a dominar as emoções, a vencer com elegância e a renunciar os interesses próprios. A criança ganha a confiança fundamental em si que é a base das vitórias presentes e futuras, da grande competição da existência.

Quando bem utilizado, o jogo contribui para a formação integral do indivíduo dando-lhe, o espírito de combate, luta e sofrimento, desenvolvendo-lhe, deste modo, racionalmente as suas forças físicas que o encaminha ao ideal humano, à vitória da vontade.

### **2.5.2 O Jogo como Fator de Desenvolvimento**

- **A criatividade e capacidade de investigação através do jogo didático**

As crianças, enquanto brincam e jogam, desenvolvem as suas funções de imaginação e criatividade. A sua linguagem é cada vez mais eficaz e a sua capacidade de se relacionarem com os outros aumenta. Quando observamos as crianças nas suas brincadeiras, as suas fronteiras entre o trabalho e o divertimento desaparecem, o jogo contribui desta maneira para o desenvolvimento do poder pessoal. Este é para as

crianças, mais do que um meio para conseguir algumas vitórias, é um meio de obter informação, respostas, e é único no seu poder de associação entre meios e fins que vão permitir a exploração da forma como eles se relacionam entre si.

Jogar desperta a curiosidade e dá prazer. As crianças devem ser incentivadas a correr riscos, pois estes permitem alargar os seus horizontes de aprendizagem e conhecimento concetual.

Todos os profissionais de educação que criem nos seus programas para crianças, oportunidades consistentes para o aspeto lúdico, contribuem decisivamente para o saudável desenvolvimento social, cognitivo e psicológico dessas crianças.

### **2.5.3 O Jogo como assimilação da realidade**

O jogo permite à criança assimilar e depois acomodar a informação recebida através da sua constante interação como o meio.

Para Piaget (1969 cit.por Neto, 1997), o desenvolvimento psíquico da criança ocorre da interação constante entre assimilação e acomodação. Por assimilação Piaget entende a capacidade que a criança demonstra em se adaptar às condições do meio ambiente e às características já existentes deste. Por seu lado, a acomodação representa o esforço da criança em se adaptar às condições objetivas do meio ambiente, sendo que os seus comportamentos são acomodados à realidade.

### **2.5.4 O jogo como comunicação**

O jogo constitui um importante marco nas relações humanas. As crianças pelo jogo libertam-se, exprimindo tudo o que lhes vai na alma. O jogo é encarado como uma fonte de interação de uma atividade que se torna interessante e dá prazer.



### **2.5.5 O jogo como ação motivada intrinsecamente**

Para Heckhausen (1978 cit. por Neto, 1997:230), “o jogo é um circuito de ativação, na qual se procede a uma troca entre tensão e relaxamento”.

O jogo repleto de novidade, envolvimento e surpresa permite à criança divertir-se e aprender.

### **2.5.6 O jogo como solução de conflitos**

Para Sutton-Smith (1975 cit. por Neto, 1997:231), “o jogo é descrito como um processo dialético, como uma série de conversões”.

A criança perante um conflito que não pode solucionar na realidade que se apresenta cruel fá-lo através do jogo. Ela converte o seu conflito em algo solucionável.

### **2.5.7 O Jogo como Forma de Avaliação**

Num clima de conflito e de tensão, o jogo oferece à criança renovadas oportunidades de esta se evidenciar e ter sucesso.

Quando na nossa prática letiva trabalhamos com crianças com necessidades educativas especiais, e neste caso específico com PHDA, torna-se fundamental utilizar a avaliação sobre a forma de atividade lúdica ou baseada em atividades lúdicas, quer como um complemento de outros métodos para obter informação de carácter descritivo sobre as crianças, quer como instrumento útil para criar uma coesão com intervenções educacionais ou terapêuticas.

A avaliação da atividade lúdica deve ser estruturada para que a criança se sinta o mais à vontade e segura possível. Este tipo de avaliação apresenta inúmeras vantagens uma vez que apresenta uma grande diversidade e flexibilidade nos procedimentos, bem como, a facilidade com que se pode adaptar a este tipo de crianças.

Segundo Linder (1990 cit. por Neto, 1997), existe três modelos de avaliação lúdica: a multidisciplinar em que os profissionais das diferentes disciplinas trabalham em conjunto, mas realizam a análise da avaliação de forma independente, cada um na sua disciplina; a interdisciplinar no qual os diferentes profissionais realizam as avaliações lúdicas de forma independente, mas partilham os seus planos, métodos e observações e a transdisciplinar, onde um animador participa no jogo com a criança enquanto os elementos da equipa e os pais permanecem como observadores, partilhando conhecimentos e desenvolvendo uma verdadeira colaboração.

## **2.6 Os vários tipos de jogos**

### **2.6.1 Os jogos na escola**

Os jogos proporcionam flexibilidade de abordagem, de programação e de objetivos. É através da flexibilidade que se vai desenvolver um programa integral de educação do indivíduo.

Existem determinados objetivos que se podem atingir mediante o recurso a jogos específicos. Estes podem integrar-se num plano geral que dará ao professor uma visão global do que se está a passar e do que está em desenvolvimento dentro das suas temáticas.

Os jogos podem ser executados de uma forma construtiva, visto que cada jogo pode ter diferentes finalidades e intencionalidades. Estes podem resolver problemas que se encontram no tipo de relações interpessoais. Podem ajudar na educação social, pois desenvolvem a cooperação nos grupos; podem desenvolver a sensibilidade aos problemas dos outros, pois implicam confiança; e promovem interdependência, bem como, a independência da identidade pessoal.

Em suma, quando colocados em prática com uma finalidade e eficiência, podem tornar-se a moldura na qual se desenvolvem todas as outras atividades.

### **2.6.2 Os jogos de grupo**

Os jogos promovem uma comunicação efetiva, propiciando o fluxo comunicativo entre desconhecidos e, particularmente, entre pessoas tímidas que necessitam de melhor encorajamento.

Durante o desenvolvimento do trabalho de grupo, podem usar-se os jogos de uma maneira imediata para alargar ou clarificar determinadas reações. Pode o coordenador de grupo introduzir um reforço positivo a ideias anteriores.

O aspeto atrativo dos jogos dá aos componentes do grupo uma maior segurança, pois desenvolvem as suas ideias e a sua própria expressão. O prazer gerado, a partir destes, resulta mais do que qualquer outro recurso no desenvolvimento da identidade do grupo.

Classificámos os jogos em quatro grandes tipos:

- ✓ **Sociais**
  - ✓ **Pessoais**
- } explicam-se por si, nos seus conteúdos;

✓ **Apresentação** - é usada para exercícios de aquecimento, mas também em atividades conclusivas; por esse motivo, muitas vezes, eles são muito pequenos;

✓ **Concentração** - utiliza-se sempre que as pessoas necessitem de focar a sua atenção quer sobre um problema mental, quer sobre um problema físico que requeiram um dado desenvolvimento de aptidões.

A atividade lúdica de desenvolvimento infantil é um dos melhores meios de socialização e convivência.

## 2.7 Exemplos de alguns jogos a realizar com crianças com PHDA

Para Barros (2002), as características dos jogos em geral permitem a construção de uma situação prazerosa para a criança, fazendo com que ela se sinta à vontade para partilhar o seu universo com os demais. O jogo propicia o treino das capacidades deficitárias das crianças hiperativas e, logicamente conduz a resultados satisfatórios em outras aptidões de desenvolvimento.([www.ieps.org.br](http://www.ieps.org.br))

Deste modo o jogo assume extrema importância durante toda a vida do ser, tanto pelo seu carácter lúdico, como pela sua fonte de descontração e integração.

Brougère (1998)e Freud apud Bossa (2000) referem que o jogo dá-nos a oportunidade de descobrir informações sobre o nosso meio que contribuem para uma visão alargada do mundo e para as várias formas de aprendizagem. Através dos jogos, são exercitados aspetos físicos e mentais do indivíduo. (<http://jogandobrincado.blogspot.com>)

Uma vez que o jogo é multidisciplinar, então porque não o utilizar para ensinar a matemática, a leitura, a escrita e outras áreas disciplinares de uma forma criativa e interativa. O jogo tem como objetivo melhorar o sistema de ensino-aprendizagem, enriquecendo-o. Se toda a atividade onde o jogo for implementado der prazer, então esse prazer vai proporcionar uma maior rentabilidade no processo de ensino-aprendizagem.

Brougère (1998) e Freud apud Bossa (2000), considera o jogo como uma atividade criativa e curativa, pois permite à criança (re) viver ativamente as situações dolorosas que viveu passivamente, modificando os enlances dolorosos e ensaiando na brincadeira as suas expectativas da realidade. (<http://jogandobrincado.blogspot.com>).

Perante a importância do jogo no desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, afetivo e social da criança e/ou indivíduo enumeramos de seguida alguns jogos para trabalhar com as crianças com PHDA (Brandes e Phillips, 2006).

- **Os jogos de apresentação permitem o aquecimento e desenvolver a imaginação, consciencialização, relaxamento, confiança, sensibilidade e criatividade dos alunos.**

### **Jogo “Gente famosa” (Brandes e Phillips, 2006:161)**

**Objetivos:** Desenvolver o inter-relacionamento.

**Procedimento:** À medida que cada um entra na sala, o professor fixa um cartão nas costas com a ajuda de um alfinete. Os participantes andam à volta da sala e tentam adivinhar quem são, fazendo perguntas de sim-não aos restantes colegas. Quando alguém descobrir quem é, coloca-lhe o cartão no peito e continua a andar e a ajudar os outros.

### **Jogo “Jogo das apresentações”(Brandes e Phillips, 2006:162)**

**Objetivos:** Apresentar-se e memorizar os nomes.

**Procedimento:** Pede-se a todos que se espalhem pela sala. A um certo sinal, terão de caminhar ao acaso e de apertar as mãos ao maior número possível de companheiros. Ao apertarem as mãos apresentam-se. Cada um deve tentar fixar o maior número possível de nomes. O professor tem de se esforçar para que a apresentação seja real e não uma apresentação sem conteúdo.

### **Jogo “Vai para o teu cantinho”(Brandes e Phillips, 2006:164)**

**Objetivos:** aprender a cumprir instruções simples.

**Procedimento:** O professor diz: «Procurem um cantinho, um lugar só paravocês. Fixem o vosso olhar e concentrem-se num dado ponto do chão, em qualquer sítio da sala. Dirijam-se para esse ponto, em linha reta, calculando as passadas, de modo a não terem de parar nem chocar com ninguém».

O professor continua a fornecer instruções deste tipo, dando tempo a que os indivíduos se concentrem no seu ponto, se movimentem com o passo escolhido e se instalem no novo ponto.

As instruções a dar para o cumprimento da movimentação para o novo ponto podem incluir: andar para trás, andar em círculos, saltar o menos possível, rastejar sem usar as mãos, entre outros.

### **Jogo “Arcos e cruzes humanas”(Brandes e Phillips, 2006:166)**

**Objetivos:** Participar ativamente, aquecer, divertir-se.

**Procedimento:** A um lado colocam-se três filas de três cadeiras distanciadas cerca de metro e meio. A equipa n.º 1 será a dos «arcos» e a n.º 2 a das «cruzes». As duas equipas vão alinhar-se nos dois cantos da sala em frente das cadeiras. Quando o professor disser «arcos», o primeiro «arco» corre para uma cadeira e senta-se com os braços em arco por cima da cabeça. O corredor tem de sentar-se nessa posição, antes de o professor contar até cinco. O professor diz «cruzes», e a primeira «cruz» corre e senta-se com os braços cruzados sobre o peito. O professor continua a chamada, alternadamente, até uma das equipas ganhar (ganha a equipa que conseguir sentar mais elementos nas cadeiras). Recomeça-se, chamando primeiro, desta vez, a equipa que perdeu. Podem anotar-se os resultados, se se entender necessário.

### **Jogo “O homem do barco”(Brandes e Phillips, 2006:168)**

**Objetivos:** Participar ativamente, aquecer, divertir-se e desenvolver a concentração.

**Procedimento:** O grupo forma uma fila indiana no centro da sala. Se o professor disser «Tripulação para estibordo» - todos correm para a direita. Se o professor disser «Tripulação para o porto» - todos correm para a esquerda. «Tripulação para o barco» significa voltar para o centro. O professor grita estas ordens cada vez mais depressa, e o último a chegar é eliminado do jogo. E assim por diante até ficar um vencedor.

### **Jogo “Persuasão” (Brandes e Phillips, 2006:171)**

**Objetivos:** Testar a imaginação e poderes de persuasão.

**Procedimento:** Escolhem-se três juízes e dá-se-lhes tempo para delinearem um sistema de pontuação. Cada aluno tenta convencer os juízes de que é merecedor de uma barra de chocolate. A atribuição de pontos deve ter em conta a originalidade e o poder de persuasão.

- Os jogos de desenvolvimento pessoal permitem desenvolver a confiança e a interação de grupo.

**Jogo “A torre de controlo”**(Brandes e Phillips, 2006:69)

**Objetivos:** Alicerçar a confiança, a consciencialização e o divertimento.

**Procedimento:** Primeiro, venda-se os olhos a A, que corresponde ao avião. Depois o B, que é a torre de controlo guiará A verbalmente numa rota, para que consiga atravessar os obstáculos, que foram colocados, entre duas filas de cadeiras. Segundo, o A será penalizado com um ponto, de cada vez que tocar num dos obstáculos. Terceiro, quando chegar a somar cinco pontos, despenha-se, arrastando consigo o B, e ficam os dois fora de jogo. Por último, um outro par começa o jogo, após se terem mudado de lugar todos os obstáculos.

**Variáveis:** Podem utilizar-se obstáculos humanos. Jogar com equipas.

**Jogo “Não me façam rir”**(Brandes e Phillips, 2006:71)

**Objetivos:** Permitir o desenvolvimento pessoal, o divertimento e a concentração.

**Procedimento:** Um dos elementos do grupo põe-se sério e decide que não voltará nem a rir nem a sorrir. Um outro elemento tenta mudar esse estado de espírito. O professor terá de decidir se é permitido fazer cócegas, entre outros. Os parceiros mudam, quando o primeiro rir ou sorrir.

**Variáveis:** Em lugar de fazer rir o parceiro, pode fazê-lo irritar-se. Não é permitido aleijar nem fazer comentários pessoais. Depois do jogo, discutem-se os acontecimentos.

**Jogo “Cartões sentimentais”**(Brandes e Phillips, 2006:71)

**Objetivos:** Tomar consciência dos nossos sentimentos, aprender vocabulário relacionado com os sentimentos, acostumar-se a revelar e a discutir os sentimentos.

**Procedimento:** Fazer um jogo de «Chuva de Ideias» com vocabulário respeitante a sentimentos. O professor escreve estas palavras em cartões coloridos.



O professor segura e mostra ao grupo um cartão (por exemplo o cartão diz «embaraçado» ou «odioso»). Os membros deste completam a frase usando os vocábulos: «Sinto-me embaraçado quando...».

Grupos de três elementos escolhem palavras ao acaso, tentam fazer mímica com elas, ou fazem uma pequena representação teatral, usando só as três palavras (sentimentos).

Relatam-se experiências reais: «A última vez que me senti embaraçado foi quando...».

Fala-se como se fosse outra pessoa e verifica-se a exatidão das asserções. Exemplo: (A Joana está a falar como se fosse a Luísa): «Sou a Joana, e sinto-me embaraçada, quando me pedem para falar alto na aula. É verdade Luísa?» A Luísa responde e discute a afirmação proferida pela Joana.

### **Jogo “O grito de guerra”**(Brandes e Phillips, 2006:75)

**Objetivos:** Permitir aliviar a tensão e alicerçar a confiança.

**Procedimento:** Junta-se o grupo todo, numa posição de agachado. O coordenador inicia com um leve murmúrio. À medida que se começam a erguer, lentamente, o som aumenta também, de maneira a que, no final, todos saltem para o ar e gritem simultaneamente.

Repetir tudo até todos gritarem, ao mesmo tempo.

### **Jogo “Jogo da memória”**(Brandes e Phillips, 2006:79)

**Material:** Um tabuleiro com doze objetos variados, um lenço ou uma toalha, lápis e papel.

**Objetivos:** Treinar a memória, a observação e a concentração.

**Procedimento:** O animador, antes do jogo, reúne doze objetos numa bandeja (por exemplo: uma escova de cabelo, um agraphador, um relógio, entre outros.) e tapa-os com uma toalha. Manda reunir o grupo e descobre a bandeja, concedendo trinta segundos para que possam observar os objetos, silenciosamente. Tapa-se de novo a bandeja e pede-se para fazerem uma lista de todos os objetos de que se lembrarem.

### **Jogo “Sou um sapato”**(Brandes e Phillips, 2006:77)

**Objetivos:** Desenvolver a integração, a autorrevelação e a autoconsciência.

**Procedimento:** Sentados e silenciosos, os membros do grupo olham à volta da sala e escolhem um objeto qualquer. Pensam no que sentiriam se fossem esse objeto. Descrevem-se três das suas qualidades (por exemplo: sou um sapato, sou quentinho, macio e confortável). Anda-se em volta da sala, apresentando-se desta maneira e dando apertos de mão. Depois, cada elemento senta-se e, por breves instantes, pensa se essas qualidades o descrevem. Dá-se o nosso nome ao objeto e vai-se pela sala apresentando-se desse modo (Sou a Lúcia, sou quentinha, macia e confortável). A seguir, forma-se uma roda e discute-se a experiência, fazendo uma volta com «Eu senti...» ou «Eu descobri que...»

**Variáveis:** Escrever uma história como se fôssemos o objeto, ou então contá-la em voz alta. Escolhe-se um parceiro e discutem-se as qualidades que escolhemos para nós próprios e para o nosso parceiro.

- **Os jogos de desenvolvimento da concentração permitem ainda trabalhar o movimento, as aptidões corporais, a capacidade de interpretação, a concentração e a focalização.**

### **Jogo “Jogo do acrescenta”**(Brandes e Phillips, 2006:93)

**Objetivos:** Desenvolver a concentração, a memória e a mímica.

**Procedimento:** As pessoas sentam-se em círculo. O professor levanta-se, faz um movimento simples, por exemplo uma espiral, descrita com o dedo indicador. O elemento seguinte faz o movimento em espiral e um outro, por exemplo, bate com o pé. E assim, todos acrescentam um movimento, enquanto se dá a volta ao círculo.

O jogo é feito em silêncio. Quem falar ou falhar sai.

### **Jogo “O autocarro”**(Brandes e Phillips, 2006:100)

**Objetivos:** Desenvolver a capacidade de improvisação, dramatização, divertimento e a interação de grupo.

**Procedimento:** Primeiramente pratica-se o «viajar» de autocarro. Um elemento serve de motorista, para nas paragens, faz curvas, entre outros. Os passageiros imitam os solavancos da marcha, o inclinar dos corpos nas curvas, os balanços das travagens, etc. De seguida, manda-se que todos assumam um papel e o mantenham, como por exemplo, subir e descer do autocarro, falar com o motorista, entre outros. Se necessário, sugerem-se mais interpretações, como uma velhinha perdida, um homem da limpeza com sacos de lixo que cheiram mal, uma mulher apressada, entre outros. Pode-se introduzir também incidentes que envolvam todos, como por exemplo, uma cena de assalto, um acidente, uma festa, entre outros.

**Jogo “Cadeia de estátuas”**(Brandes e Phillips, 2006:102)

**Objetivos:** Desenvolver a capacidade de movimento e alicerçar a confiança.

**Procedimento:** Um dos jogadores desloca-se para o meio e assume uma posição de estátua. Um outro aproxima-se e mexe um braço ou uma perna, etc. O animador pode dizer «estátua» a qualquer momento, e todos ficam exatamente, sem mexer, na posição em que estão. Continua-se, até todos os elementos do grupo terem participado.

**Jogo “Emoções”**(Brandes e Phillips, 2006:110)

**Objetivos:** Desenvolver a consciência emocional e os valores.

**Procedimento:** O professor pede ao grupo para caracterizar determinadas sensações ou emoções, por exemplo: dor, prazer, desprezo, cansaço, honra, medo, ódio, impaciência, divertimento, descontentamento, admiração, indiferença, triunfo, perda, excitação, alívio, terror, susto, ódio, degradação, alarme, preocupação e vergonha.

Estas emoções podem ser corporizadas em posição de estátua ou em movimento ou a caminhar. Por vezes será bom optar pelo movimento, pois o professor em qualquer altura poderá dizer para os alunos voltarem à posição de estátua.

**Variáveis:** Depois de corporizar na posição de estátua uma emoção particular, dão-se seis batidas num tambor, após as quais a pessoa deve representar uma emoção diferente numa posição também diferente. Deve ser feita a inter-relação com outras emoções.

**Jogo “Guilhotina”**(Brandes e Phillips, 2006:117)

**Objetivos:** Desenvolver a capacidade de improvisação.

**Procedimento:** Os parceiros em jogo escolhem e escrevem um diálogo com seis linhas de conversação (três para cada um), que será usado como guião. A seguir, altera-se a situação e repete-se o diálogo:

- ✓ como se estivessem a atravessaro deserto do Sahara;
- ✓ como se arrastassem um objeto;
- ✓ como se fossem dois amigos a tomar o pequeno almoço;
- ✓ como se fossem um animal.

**Jogo “O silêncio é frágil”**(Brandes e Phillips, 2006:140)

**Objetivos:** Desenvolver a capacidade de reconhecimento sensorial, autovalidação e concentração.

**Procedimento:** Cada membro do grupo deita-se de costas e de olhos fechados ou senta-se de pernas cruzadas com os olhos fechados.

O professor pede silêncio total, e ninguém mais fala ou contacta com ninguém.

De seguida o professor pede então ao grupo que se aperceba do silêncio e da tranquilidade existentes na sala.

Cada um tem de pensar em qualquer exclamação (como se fosse um grito) capaz de rasgar o silêncio ao meio.

Passado um minuto, o professor explica como irá tocar em cada pessoa à vez, de modo que, mal sintam esse toque comecem imediatamente aos saltos pela sala, proferindo o seu grito, e regressem subitamente às suas posições, silenciosas, onde quer que se encontrem.

O professor deve esperar que se faça silêncio completo, antes de tocar na pessoa seguinte.

- Os Jogos de desenvolvimento social permitem desenvolver a comunicação, o movimento, o contato entre pares, as aptidões corporais, a confiança e a sensibilidade.

**Jogo “Elevação do corpo”**(Brandes e Phillips, 2006:31)

**Objetivos:**Desenvolver a confiança, a concentração e o desenvolvimento de grupo.

**Procedimento:**O grupo escolhe, à vez, um elemento e levanta-o, numa posição horizontal acima das suas cabeças, Mantêm-no nessa posição durante um período de tempo, depois baixam-no, com cuidado, até ao chão. A pessoa que for levantada deve manter-se descontraída e fechar os olhos. Muitas vezes é uma boa ideia os grupos levantarem e baixarem uma pessoa ao mesmo tempo. Desta forma, evita-se a descoordenação e fomenta-se a concentração.

**Jogo “Ilha de barro”**(Brandes e Phillips, 2006:32)

**Material:**Barro suficiente para que um grupo de sete pessoas se reúna em volta de uma mesa quadrada ou redonda e trabalhe em conjunto. O barro deve ser maleável e não deve secar; arranjar também folhas, pequenos ramos e palitos, ou pauzitos.

**Objetivos:**Desenvolver a interação de grupo, a dramatização, e a criatividade.

**Procedimento:**Grupos de 5 a 7 elementos juntam-se em redor de uma mesa ou no chão, com um bom pedaço de barro no meio. Gastam-se 10 minutos a bater e a amassar o barro de modo a obter uma massa macia e grande. O barro deve bater-se energicamente. Em conjunto, os elementos transformam a massa num ilhéu, acrescentando terreno, enseadas, grutas, montes, rios, entre outros. (Não verbalizado)

Sem falar, cada elemento cria um território próprio no ilhéu, marca os seus limites, constrói um abrigo ou uma casa, e aperfeiçoa-os conforme desejar.

De seguida convoca-se uma reunião do Conselho do Ilhéu, elege-se o presidente e tomam-se as decisões que o grupo considerar necessárias à sobrevivência ou à interação no ilhéu. (Estas instruções são dadas de cada vez).

Pode interromper-se aqui, iniciando-se a discussão acerca da interação no grupo, ou prosseguir (consultar as variantes).

**Variáveis:** Continuar com pequenos grupos, improvisando incidentes na ilha. Pode jogar-se também com giz e papel em vez do barro.

### **Jogo “O chapéu dos medos”(Brandes e Phillips, 2006:35)**

**Material:**Lápis, papel, um “chapéu ou uma caixa”.

**Objetivos:** Saber Partilhar e aceitar.

**Procedimento:** Joga-se em círculo. Pede-se a todos os elementos, e também ao professor, que completem por escrito a frase (anonimamente): «Nesta turma (ou neste grupo, classe, etc.) tenho medo que...». Metem-se os pedaços de papel no chapéu, ou na caixa que se coloca no meio da roda. Passa-se o chapéu em volta, parando junto a cada membro do círculo que tira um pedaço de papel e o lê, acrescentando mais frases e tentando expressar o que a pessoa sentira. (Por exemplo, o professor lia a primeira que podia dizer: «Nesta turma tenho medo que se riam de mim... (e acrescentava) tenho medo de expressar os meus sentimentos porque todos se riem, e por isso nunca digo nada.») Continua-se em redor do círculo. O professor deve assegurar-se de que os jogadores só ouvem e não fazem comentários. Não é permitido discutir ou comentar. Depois debate-se o que se descobriu ou notou.

#### **Variantes:**

- ✓ O chapéu dos gostos e dos desgostos (duas caixas);
- ✓ O chapéu das preocupações;
- ✓ O chapéu dos desejos, entre outros.

### **Jogo “Conversas com o parceiro”(Brandes e Phillips, 2006:42)**

**Objetivos:** Alicerçar a confiança, a imaginação e o divertimento.

**Procedimento:** Escolhe-se um parceiro a quem se dá a mão ou se põe o braço por cima deste. Arranja-se um outro par e com ele se mantém uma conversa em que cada parceiro, à vez, diz só uma palavra até se formar uma frase.

Este jogo pode tornar-se num verdadeiro exercício de leitura do pensamento.

**Variantes:** Formam-se equipas de três ou quatro em vez de pares.

**Jogo “Estruturas”**(Brandes e Phillips, 2006:49)

**Objetivos:** Desenvolver a confiança, a concentração e o controlo corporal.

**Procedimento:** O professor divide o grupo em pequenos subgrupos. Cada subgrupo com dois a oito elementos «constrói» uma estrutura específica, ligando os elementos uns aos outros.

**Ideias:** Fazer uma ponte suspensa, uma ponte arqueada, uma árvore, um guindaste, um prédio moderno, um avião, um helicóptero, um carro, um camião, um autocarro, um barco, uma antena, uma torre, uma abóbada, um templo, uma catedral, entre outros.

**Jogo “Quem falta”**(Brandes e Phillips, 2006:59)

**Objetivos:** Treino da memória e da concentração.

**Procedimento:** O grupo senta-se, espalhando-se à volta da sala. Uma pessoa, “A”, sai. O grupo troca de lugares, e outra pessoa “B”, sai também ou esconde-se. “A” volta à sala e dispõe apenas de 30 segundos para descobrir quem é que falta. Se descobrir, ganha um prémio (chocolate, recompensa, entre outros). Se não descobrir, quem ganha é “B”.

Outros jogos que também podem ser desenvolvidos com as crianças hiperativas são:

- ✓ jogo Mancala
- ✓ jogo da Barra do Lenço
- ✓ jogo de escondidinhas
- ✓ jogos de comunicação
- ✓ jogos de rimas
- ✓ jogos de descontração
- ✓ jogos musicais
- ✓ jogos de computador

Este tipo de jogos permite ao professor verificar se as crianças de seis, sete ou oito anos adquiriram ou não a reversibilidade mental.

Importa que os professores saibam e aprendam a conviver com os alunos, criando estratégias e jogos que os incitem ao conhecimento, uma vez que como o autor Neto (1997) refere o jogo infantil pressupõe: competição, experiência, brincadeira, descoberta, cooperação, comunicação, expressão, motivação e risco.



## **Parte II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **Capítulo 1. Objetivos e hipóteses**

O presente trabalho de investigação visou abordar "Qual a percepção dos professores de primeiro e segundo ciclo e educadores de infância sobre a importância do jogo para a intervenção em alunos com hiperatividade? Foi intuito deste trabalho perceber e de algum modo inferir a partir do inquérito por questionário a opinião que os professores de primeiro ciclo, segundo ciclo e educadores de infância têm em relação ao conceito de PHDA e qual a importância que dão ao jogo como forma de colmatar possíveis lacunas no difícil processo de ensino aprendizagem das crianças com hiperatividade.

Com o jogo pretende-se que as crianças hiperativas sejam seres mais felizes e se caminhe para uma escola de sucesso e inclusão no verdadeiro sentido da palavra.

Segundo Correia (1997), o conceito de inclusão passa pela inserção do aluno com NEE, mesmo com NEE severas, na classe regular, sempre que isso seja possível, devendo receber todos os serviços educativos adequados, contando-se, para esse fim, com um apoio apropriado às suas características e necessidades.

O ideal de escola inclusiva é a transformação do estabelecimento de ensino, de forma a capacitá-lo para atender às necessidades educativas de todos os alunos. Segundo a Declaração de Princípios de Salamanca (1994) reafirmamos o direito à educação de todos os indivíduos independentemente das diferenças individuais.

O conhecimento que os professores têm da PHDA pode alterar a sua atitude face à mesma e esta é uma variável que pode influenciar na introdução de mudanças pedagógicas. O estudo da percepção que os professores têm acerca da PHDA (na sua etiologia, principais sintomas, prevalência, causas, comorbilidade, formas de intervenção) poderá ajudar a compreender o seu nível de conhecimento da PHDA e respetivas consequências, bem como a adotar uma postura diferente assente em novas estratégias e jogos.

O modo como os professores operacionalizam a sua prática educativa, o modo como encaram a gestão dos recursos humanos (alunos), que todos os dias têm perante eles, com problemáticas específicas, pode constituir-se como facilitador ou, pelo contrário,

aumentar as dificuldades na implementação de medidas adequadas a esta população escolar específica com PHDA.

É devido a esta importância e à escassez de pesquisas com o enfoque no conhecimento dos professores e educadores acerca desta perturbação e da importância que o jogo desempenha nesta síndrome que este estudo se torna relevante, propondo-lhes também a importância destes conhecimentos para planearem estratégias mais eficazes de aprendizagem para estes alunos.

Deste modo, parece-nos de todo pertinente este estudo que pretendemos vir a trazer um conhecimento correto sobre o modo como os professores e educadores "vêem" estas crianças, permitindo melhorar a intervenção em contexto escolar e promovendo atividades lúdicas e motivadoras para as mesmas.

O presente estudo exploratório, essencialmente de cariz descritivo e analítico, tem como principal objetivo analisar os conhecimentos, perceções e práticas dos professores do ensino básico do primeiro e segundo ciclo e educadores de infância, no que concerne à importância do jogo na PHDA centrando-se na seguinte questão problema: “As crianças hiperativas não se concentram, nem se interessam pelo processo de ensino aprendizagem”.

Com este objetivo geral pretendemos dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- ✓ conhecer a informação que os professores do ensino básico do primeiro ciclo e segundo ciclo, bem como, os educadores de infância detêm sobre a PHDA;
- ✓ analisar se se verificam diferenças significativas nos conhecimentos, perceções e práticas dos professores do primeiro e segundo ciclo e educadores tendo no jogo um aliado em relação à PHDA;
- ✓ conhecer qual a importância que os professores do primeiro e segundo ciclo e educadores dão ao jogo na PHDA.

Para o efeito foram formuladas as seguintes hipóteses de trabalho:

**Hipótese 1**-*Na perspetiva dos professores de primeiro ciclo, segundo ciclo e educadores de infância, o jogo ajuda de alguma forma as crianças com hiperatividade no processo de ensino aprendizagem.*

Para a hipótese um definimos como **variável independente** a **implementação de atividades de jogo em contexto de ensino-aprendizagem em alunos com PHDA**

como variável dependente o sucesso e o interesse no processo de ensino aprendizagem das crianças hiperativas.

**Hipótese 2-***Na perspectiva dos professores de primeiro ciclo, segundo ciclo e educadores de infância, o jogo consegue apelar mais à concentração das crianças hiperativas.*

Para a hipótese dois definimos como variável independente a **implementação de atividades de jogo em contexto de ensino-aprendizagem em alunos com PHDA** e como variável dependente a concentração das crianças hiperativas.

**Hipótese 3-***Na perspectiva dos professores de primeiro ciclo, segundo ciclo e educadores de infância, as crianças ficam mais motivadas quando aprendem através do jogo.*

Para a hipótese três definimos como variável independente a **implementação de atividades de jogo em contexto de ensino-aprendizagem em alunos com PHDA** e como variável dependente a motivação das crianças para a aprendizagem.

Estas hipóteses foram formuladas tendo por base algum conhecimento que já possuímos da prática educativa e da existência de crianças hiperativas no percurso profissional.

Existiu a necessidade de tentar ajudar estas crianças a sorrir e a aprender de uma forma lúdica, de tal modo surgiu a necessidade de algo que marcasse a diferença daí o nosso interesse pelo jogo.

## **Capítulo 2. Método**

### **2.1 Amostra**

A amostra foi selecionada por conveniência, de forma intencional, procurando-se assegurar uma distribuição o mais equitativa possível dos sujeitos.

Participaram no estudo 102 sujeitos, entre os quais 5 homens (4,9%) e 97 mulheres (95,1%), com idades compreendidas entre os 20 e 59 anos.

No grupo I apresenta-se a descrição da amostra, tomando as variáveis sexo e idade.

No grupo II apresenta-se a descrição da amostra, tomando as variáveis tempo de serviço, situação profissional, formação profissional, grau académico, especialização em educação especial e experiência profissional.

No grupo III apresenta-se as questões sobre a PHDA e o jogo e que vão de encontro aos objetivos e hipóteses estabelecidas para este trabalho.

### **2.2 Instrumentos**

A metodologia utilizada para a avaliação da importância do jogo face à PHDA foi essencialmente de cariz quantitativo, envolvendo a recolha de elementos informativos relativos à avaliação do conhecimento sobre a PHDA e à opinião dos professores de primeiro e segundo ciclo e educadores sobre a importância do jogo nas crianças hiperativas.

Assim, foi utilizado o inquérito por questionário para a recolha destas informações, uma vez que não existiu a presença do entrevistador, o que nos leva a afirmar que não existiu a modificação das informações nem estas foram adulteradas.

Este questionário integra uma primeira parte, na qual se fez a apresentação do estudo, indicando os objetivos e cuidados éticos no tratamento da informação obtida. Uma segunda parte inclui um conjunto de perguntas, de cariz mais demográfico, como por exemplo o sexo e a idade do participante. De seguida são apresentadas um conjunto de questões que se reportam à experiência profissional dos sujeitos no geral (por exemplo tempo de serviço, situação profissional, formação profissional, entre outros). Num momento posterior são realizadas várias questões, em particular, no que

respeita ao contacto do professor e educador com a PHDA (por exemplo a informação que têm sobre a PHDA, a opinião da importância do jogo na motivação das crianças com PHDA, entre outros).

## 2.3 Procedimento

Os professores e educadores foram solicitados a colaborar no estudo através da resposta dos questionários *via internet*, onde lhes foram apresentados os objetivos do estudo e as instruções para o preenchimento dos mesmos, garantindo-se a confidencialidade e anonimato das informações recolhidas. A publicação do questionário e o seu término para responder decorreu entre o dia 15 do mês de agosto de 2011 e o dia 2 do mês de agosto de 2012. A construção do questionário foi feita a partir de um formulário através das ferramentas *online* do *Google Docs* e o tratamento de dados foi efetuado com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics*.

## Capítulo 3. Resultados

Neste capítulo são apresentadas todas as perguntas feitas aos inquiridos, bem como todas as respostas seguidas de um quadro, gráfico e análise.

Tabela 1 - Grupo I - Dados Pessoais – Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	97	95,1	95,1	95,1
	Masculino	5	4,9	4,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

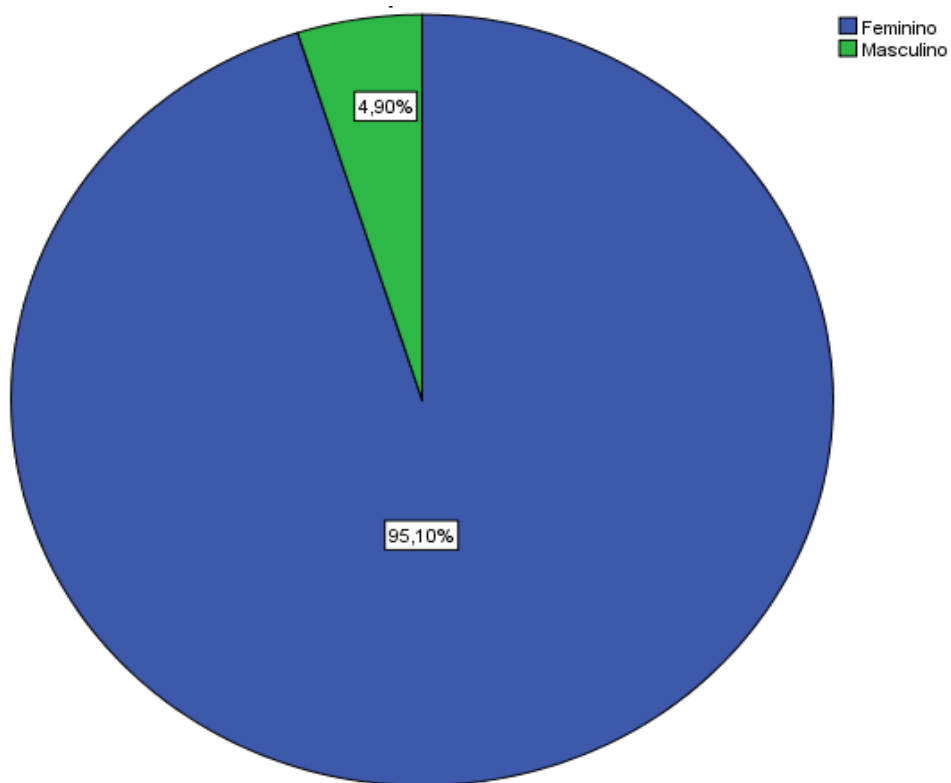


Gráfico 1 - Grupo I - Dados Pessoais - Sexo

**Análise:** Em relação ao género podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 5 indivíduos são do sexo masculino, correspondendo a 4,90% do total, e 97 são do sexo feminino, correspondendo a 95,10% do total.

Tabela 2–Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29	65	63,7	63,7	63,7
	30-39	26	25,5	25,5	89,2
	40-49	9	8,8	8,8	98,0
	50-59	2	2,0	2,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

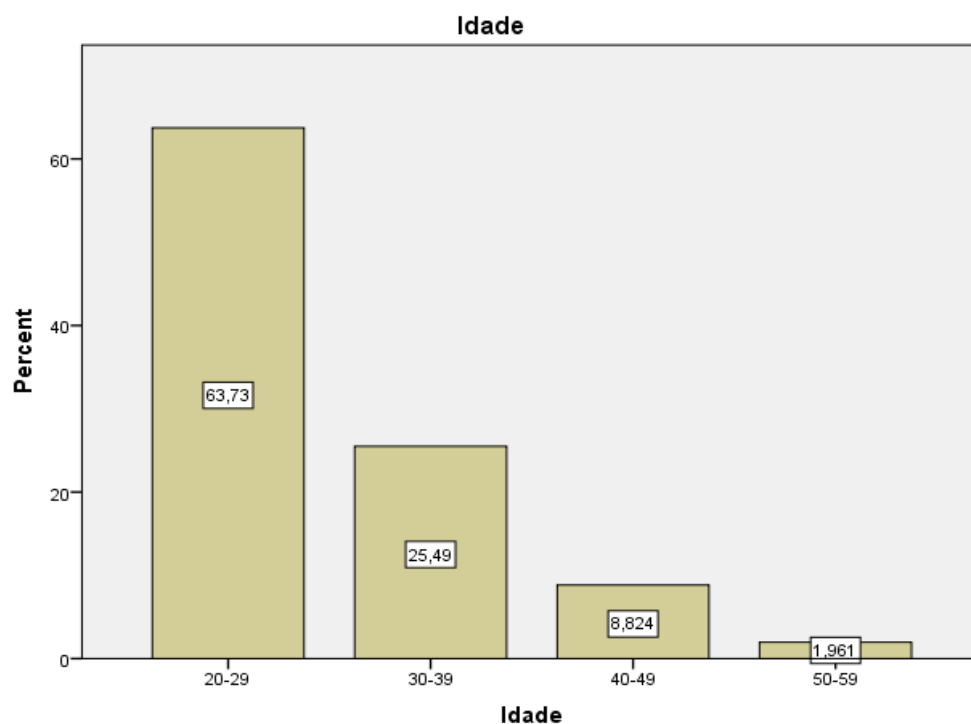


Gráfico 2 - Idade

**Análise:** Em relação à idade podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 65 indivíduos tem idade compreendida entre os 20 e 29 anos, correspondendo a 63,73% do total, 26 indivíduos tem idade compreendida entre os 30 e 39 anos, correspondendo a 25,49% do total, 9 indivíduos tem idade compreendida entre os 40 e 49 anos, correspondendo a 8,82%, e finalmente 2 indivíduos tem idade igual ou superior a 50 anos, correspondendo a 1,96% do total.

Tabela 3 - Grupo II - Dados profissionais - Tempo de Serviço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 - 10 anos	90	88,2	88,2	88,2
	11 - 15 anos	4	3,9	3,9	92,2
	16 - 20 anos	2	2,0	2,0	94,1
	21 - 25 anos	5	4,9	4,9	99,0
	Mais de 26	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

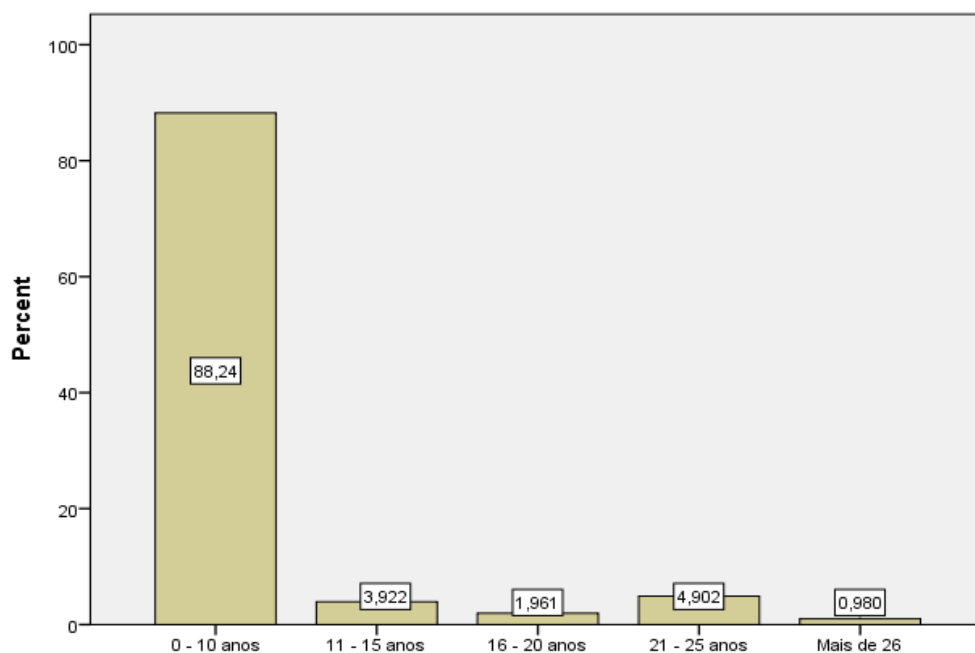


Gráfico 3 - Grupo II - Dados profissionais - Tempo de Serviço

**Análise:** Em relação ao tempo de serviço dos indivíduos que responderam ao questionário, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 90 indivíduos possuem entre 0 e 10 anos de tempo de serviço, correspondendo a 88,24% do total, 4 indivíduos possuem entre 11 e 15 anos de serviço, correspondendo a 3,92% do total, 2 indivíduos possuem entre os 21 e 25 anos, correspondendo a 1,96%, 5 indivíduos que possuem entre 16 e 20 anos, correspondendo a 4,90% do total e 1 individuo com mais de 26 anos de tempo de serviço, correspondendo a 0,98% do total.

Tabela 4 - Situação Profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Contratado	89	87,3	87,3	87,3
	Destacado	1	1,0	1,0	88,2
	Professor do Quadro	12	11,8	11,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	



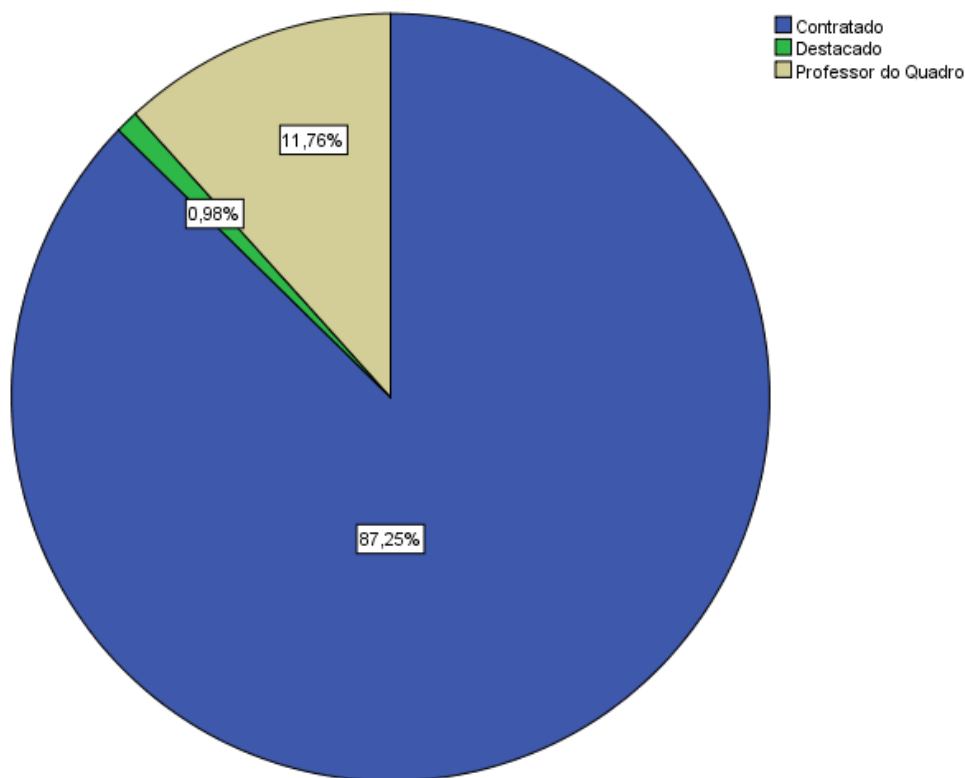


Gráfico 4 - Situação Profissional

**Análise:** Em relação à situação profissional dos indivíduos que responderam ao questionário, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 12 indivíduos já são professores de quadro, correspondendo a 11,76% do total, 89 indivíduos são professores contratados, correspondendo a 87,25% do total, e 1 indivíduo encontra-se como professor destacado, correspondendo a 0,98% do total.

Tabela 5 - Formação Profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Educador (a) de Infância	8	7,8	7,8	7,8
	Professor (a) de 1º Ciclo	56	54,9	54,9	62,7
	Professor (a) de 2º Ciclo	38	37,3	37,3	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

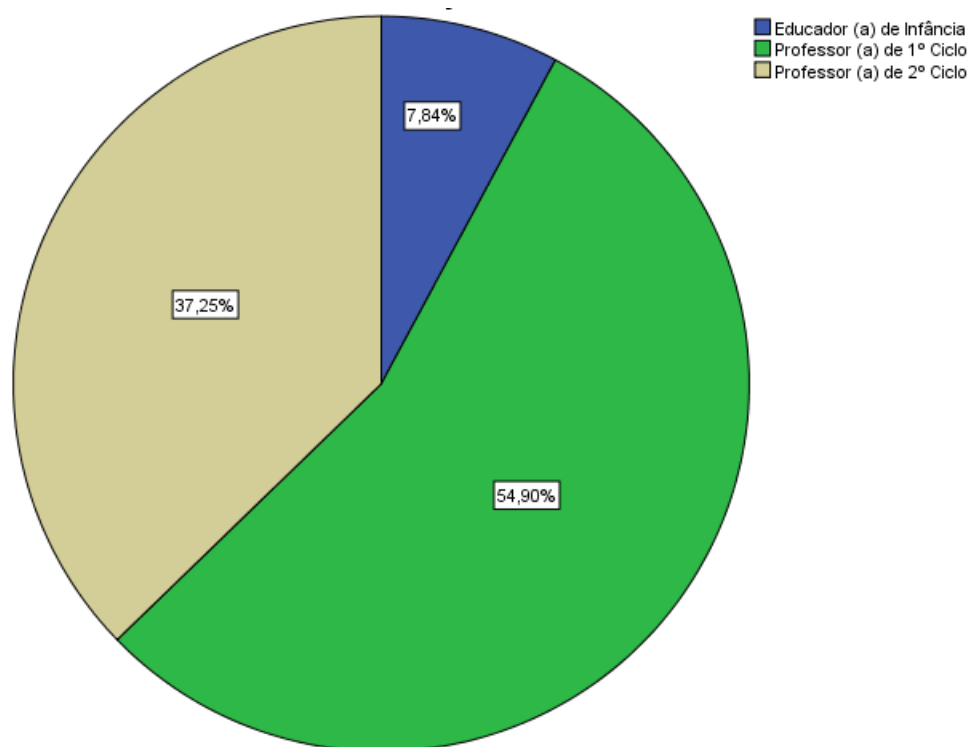


Gráfico 5 - Formação Profissional

**Análise:** Em relação à formação profissional dos indivíduos que responderam ao questionário, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 56 indivíduos são professores de primeiro ciclo, correspondendo a 54,90% do total, 38 indivíduos são professores de segundo ciclo, correspondendo a 37,25% e 8 indivíduos são educadores de infância, correspondendo a 7,84% do total.

Tabela 6 - Grau Académico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Licenciatura	55	53,9	53,9	53,9
Licenciatura, Pós - graduação	2	2,0	2,0	55,9
Mestrado	8	7,8	7,8	63,7
Pós - graduação	36	35,3	35,3	99,0
Pós - graduação, Mestrado	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

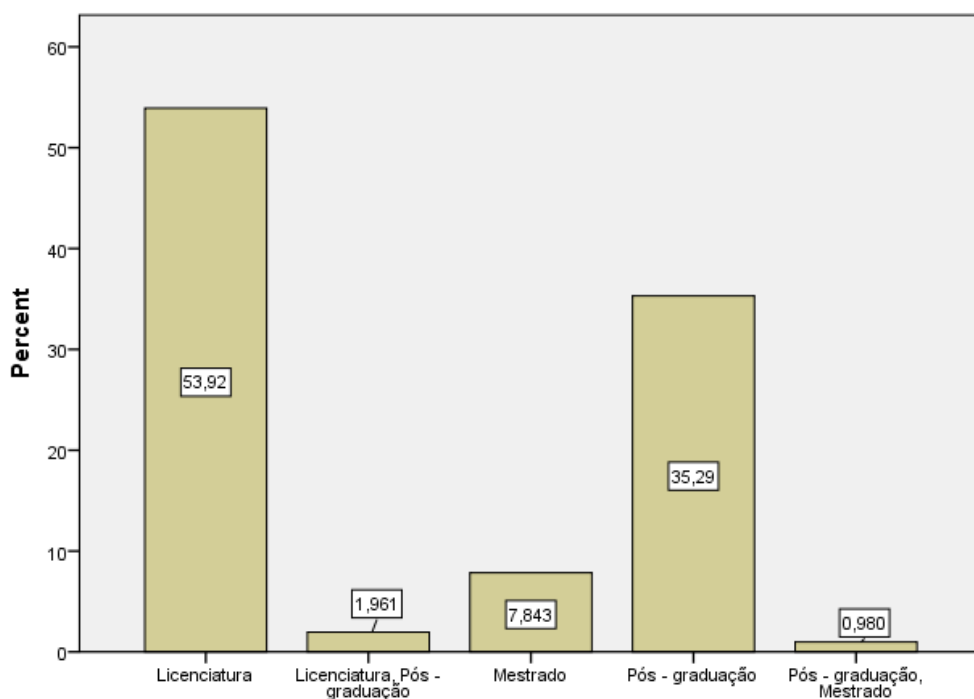


Gráfico 6 - Grau Acadêmico

**Análise:** Em relação ao grau acadêmico dos indivíduos que responderam ao questionário, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 55 indivíduos possuem uma Licenciatura, correspondendo a 53,92% do total, 36 indivíduos possuem Pós-graduação, correspondendo a 35,29% do total, 8 indivíduos possuem Mestrado, correspondendo a 7,84%, 2 indivíduos possuem Licenciatura com Pós-Graduação, correspondendo a 1,96% do total e 1 indivíduo possui Pós-graduação e Mestrado correspondendo a 0,98%.

Tabela 7 - Possui Especialização em Educação Especial?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	70	68,6	68,6	68,6
	Sim	32	31,4	31,4	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

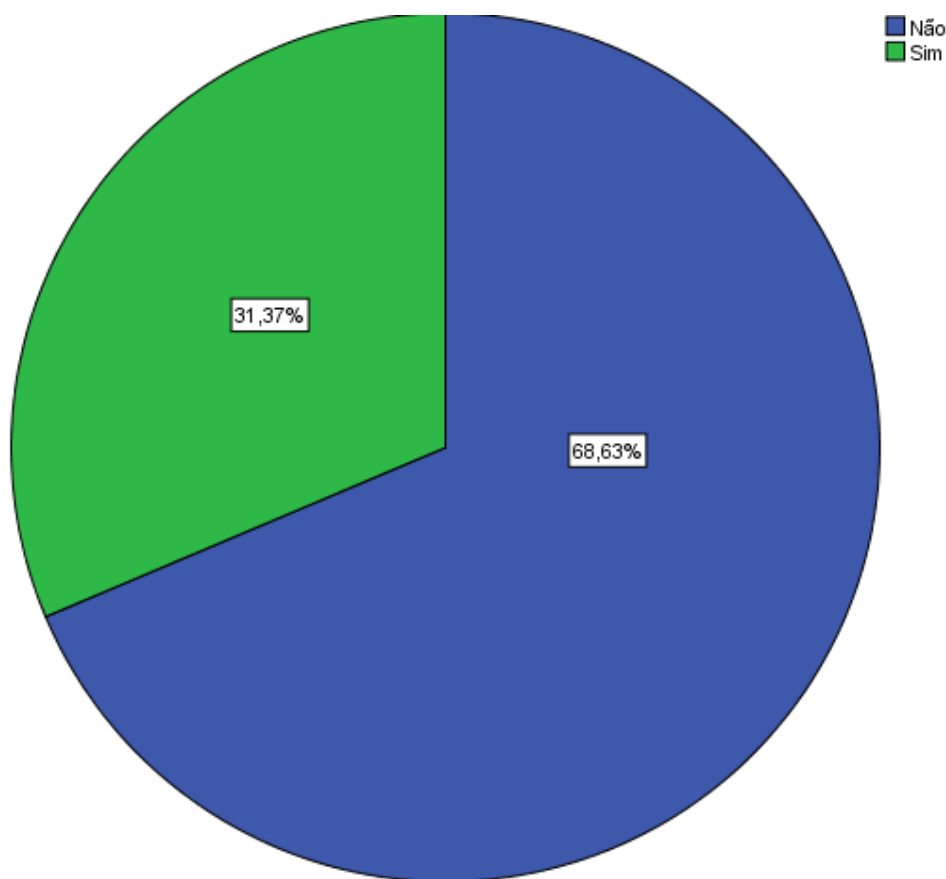


Gráfico 7 - Possui Especialização em Educação Especial?

**Análise:** Em relação à especialização em Educação Especial dos indivíduos que responderam ao questionário, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 70 indivíduos possuem especialização em Educação Especial, correspondendo a 68,63% do total, e os restantes 32 indivíduos não possuem especialização em Educação Especial, correspondendo a 31,37% do total.

Tabela 8 - Experiência Profissional - Tem ou já alguma vez teve alunos com NEE integrados nas suas turmas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	17	16,7	16,7	16,7
	Sim	85	83,3	83,3	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

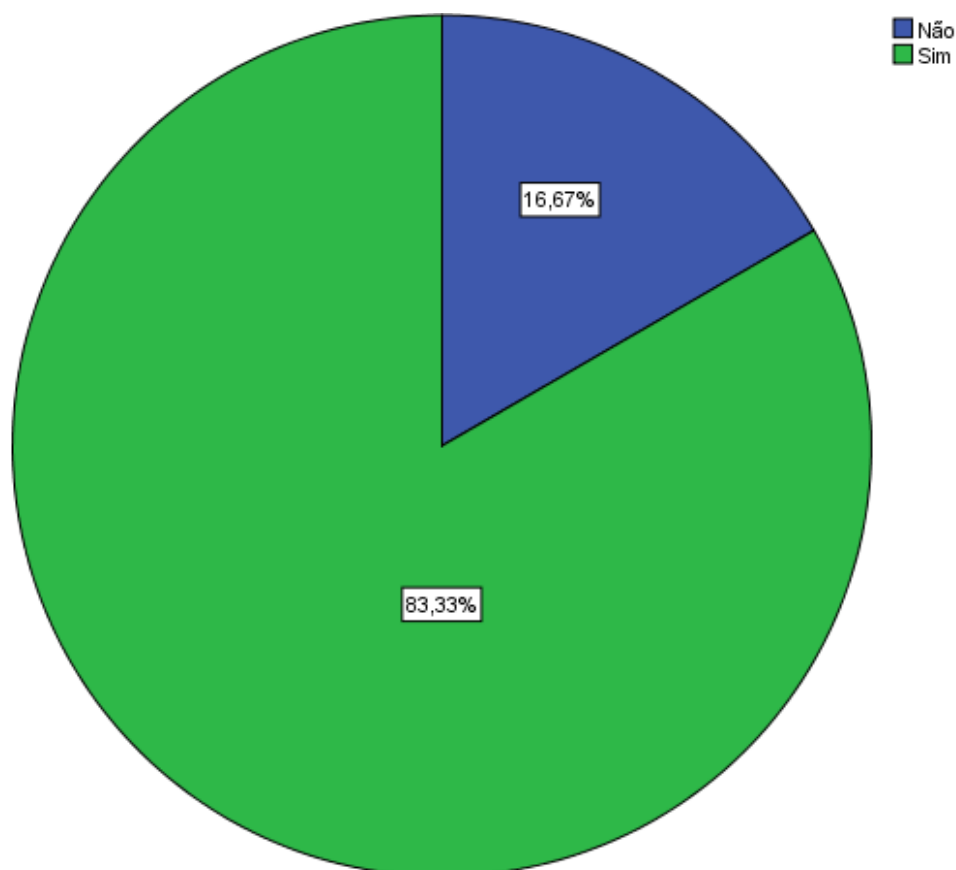


Gráfico 8 - Experiência Profissional - Tem ou já alguma vez teve alunos com NEE integrados nas suas turmas?

**Análise:** Em relação à experiência profissional dos indivíduos que responderam ao questionário, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 85 indivíduos já tiveram alunos com NEE integrados nas suas turmas, correspondendo a 83,33% do total, e os restantes 17 indivíduos ainda não tiveram qualquer aluno com NEE integrado nas suas turmas, correspondendo a 16,67% do total.

Tabela 9 - Grupo III - A importância do jogo em crianças hiperativas - A hiperatividade verifica-se com mais frequência nos rapazes do que nas raparigas.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	35	34,3	34,3	34,3
Discordo parcialmente	2	2,0	2,0	36,3
Não concordo nem discordo	20	19,6	19,6	55,9
Totalmente de acordo	39	38,2	38,2	94,1
Totalmente em desacordo	6	5,9	5,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

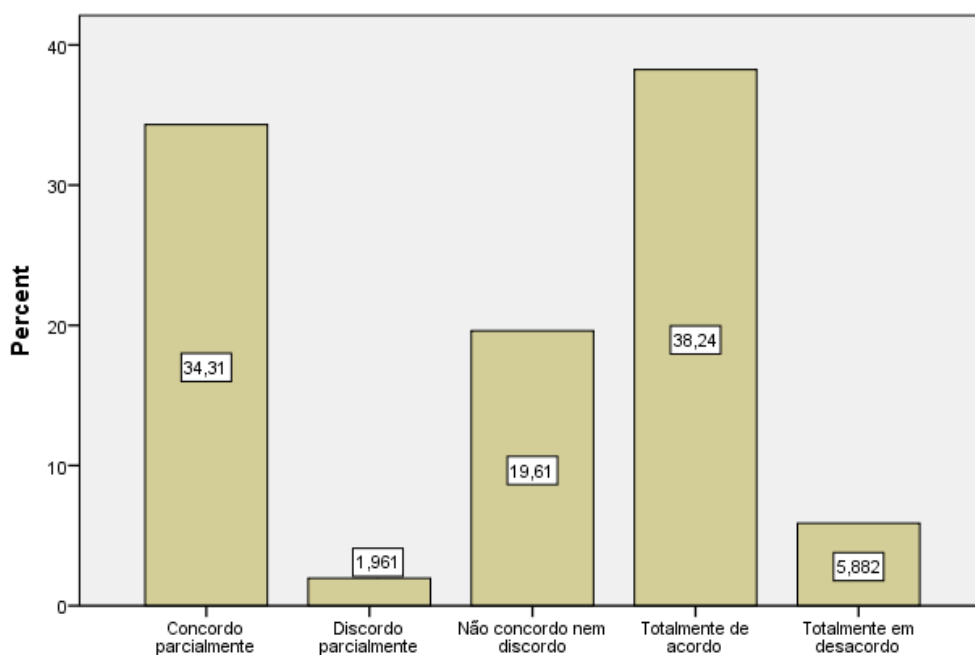


Gráfico 9 - Grupo III - A importância do jogo em crianças hiperativas - A hiperatividade verifica-se com mais frequência nos rapazes do que nas raparigas.

**Análise:** Em relação à afirmação que a hiperatividade verifica-se com mais frequência nos rapazes do que nas raparigas, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 6 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 5,88% do total, 2 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 1,96% do total, 20 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 19,61% do total, 35 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 34,31% do total, e finalmente 39 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 38,24% do total.

Tabela 10 - A criança hiperativa tem dificuldade para organizar as tarefas e atividades.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	30	29,4	29,4	29,4
	Discordo parcialmente	2	2,0	2,0	31,4
	Não concordo nem discordo	1	1,0	1,0	32,4
	Totalmente de acordo	69	67,6	67,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

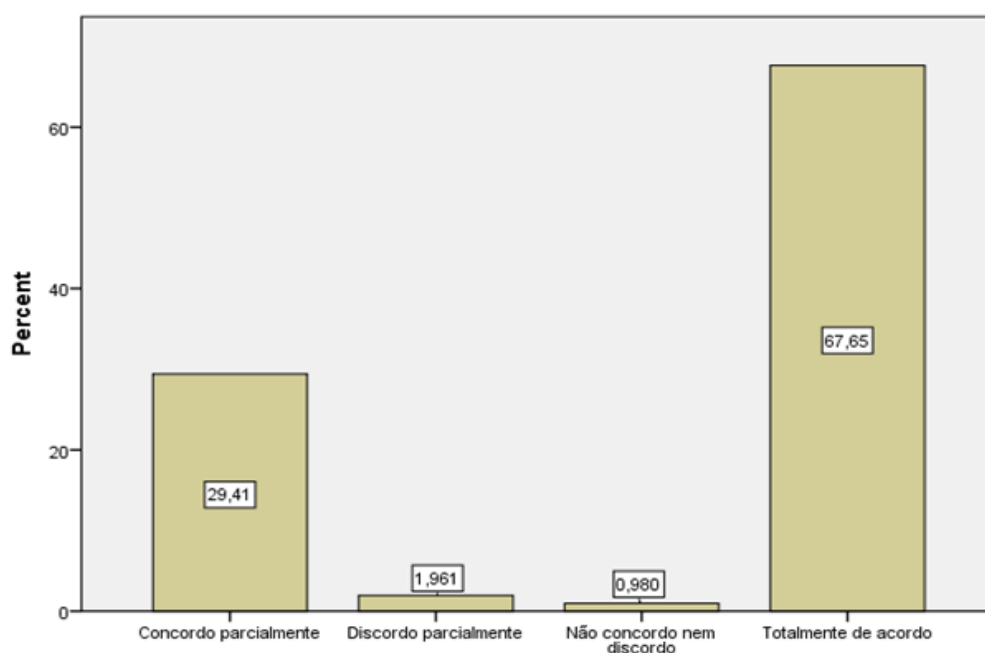


Gráfico 10 - A criança hiperativa tem dificuldade para organizar as tarefas e atividades.

**Análise:** Em relação à afirmação que a criança hiperativa tem dificuldade para organizar tarefas e atividades, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 69 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 67,65% do total, 30 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 29,41% do total, 1 indivíduo não concorda nem discorda, correspondendo a 0,98% do total, 2 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 1,96% do total, e finalmente nenhum indivíduo está totalmente em desacordo com a afirmação.

Tabela 11 - Acha as crianças hiperativas agressivas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	32	31,4	31,4	31,4
	Discordo parcialmente	21	20,6	20,6	52,0
	Não concordo nem discordo	18	17,6	17,6	69,6
	Totalmente de acordo	22	21,6	21,6	91,2
	Totalmente em desacordo	9	8,8	8,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

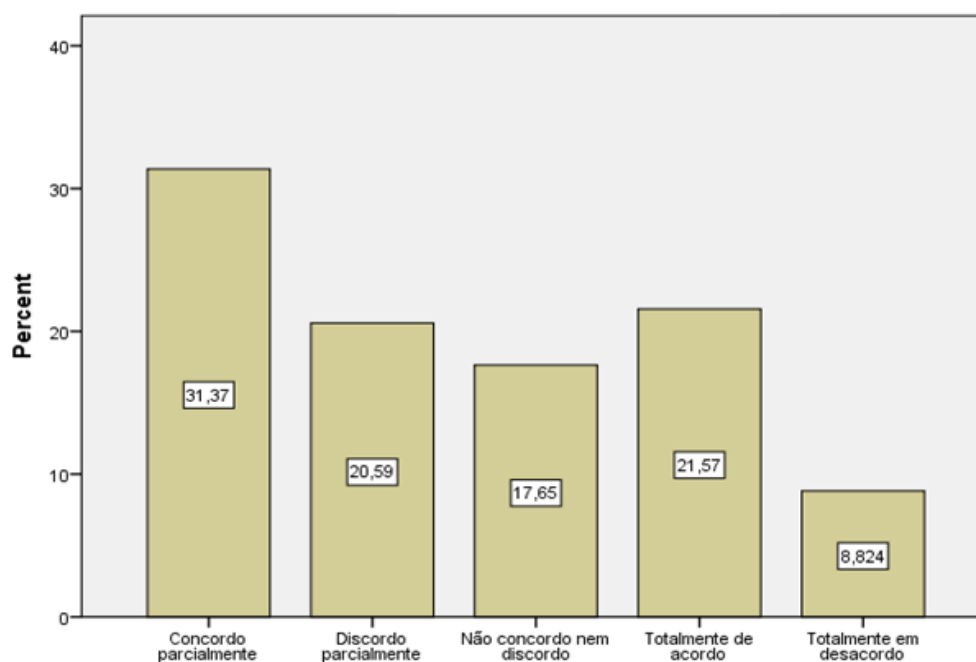


Gráfico 11 - A criança hiperativa tem dificuldade para organizar as tarefas e atividades.

**Análise:** Em relação à questão se acha as crianças hiperativas agressivas, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 9 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 8,82% do total, 21 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 20,59% do total, 18 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 17,65% do total, 32 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 31,37% do total, e finalmente 22 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 21,57% do total.

Tabela 12 - Acha que as crianças são hiperativas porque têm ou já passaram/viveram algum problema?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	18	17,6	17,6	17,6
	Discordo parcialmente	19	18,6	18,6	36,3
	Não concordo nem discordo	30	29,4	29,4	65,7
	Totalmente de acordo	19	18,6	18,6	84,3
	Totalmente em desacordo	16	15,7	15,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	



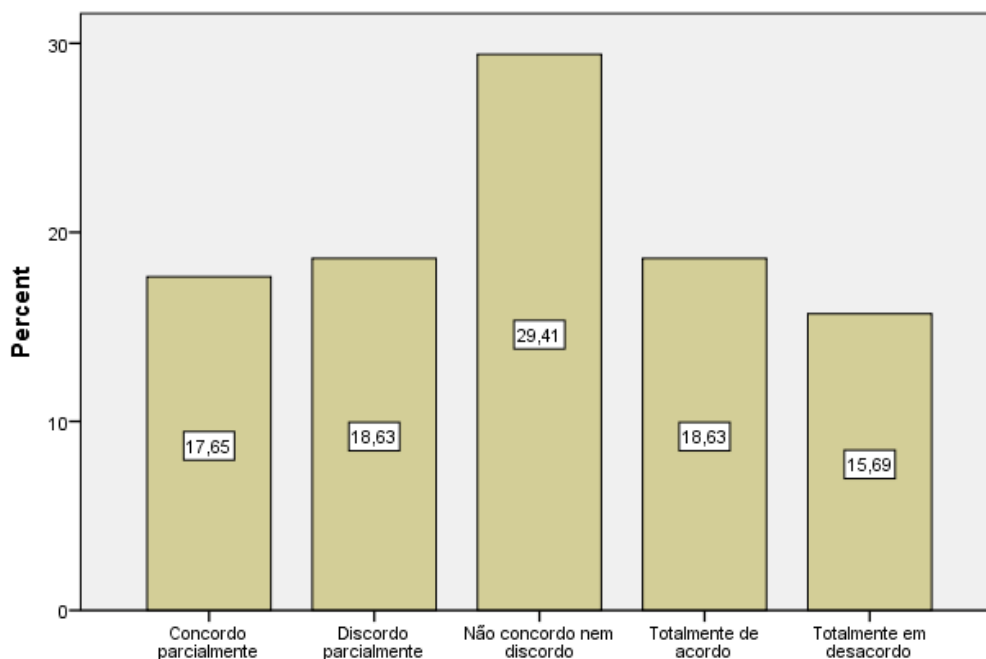


Gráfico 12 - Acha que as crianças são hiperativas porque têm ou já passaram/viveram algum problema?

**Análise:** Em relação à questão se acha que as crianças são hiperativas porque têm ou já passaram/viveram algum problema, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 16 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 15,69% do total, 19 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 18,63% do total, 30 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 29,41% do total, 18 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 17,65% do total, e finalmente 19 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 18,63% do total.

Tabela 13 - A criança hiperativa apresenta baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que as suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização e baixa autoestima?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	43	42,2	42,2	42,2
	Discordo parcialmente	1	1,0	1,0	43,1
	Não concordo nem discordo	6	5,9	5,9	49,0
	Totalmente de acordo	50	49,0	49,0	98,0
	Totalmente em desacordo	2	2,0	2,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

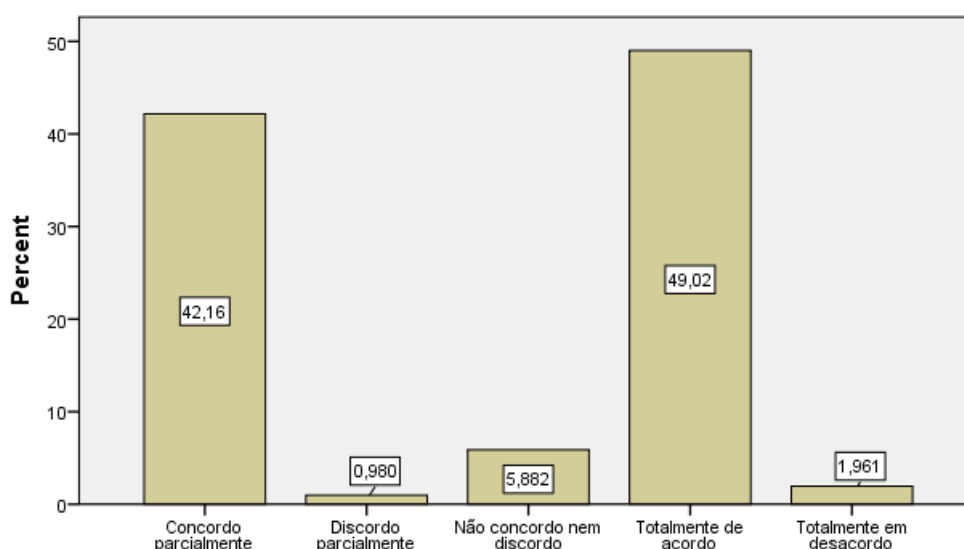


Gráfico 13 - A criança hiperativa apresenta baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que as suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização e baixa autoestima?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa apresenta baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que as suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização e baixa autoestima, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 2 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 1,96% do total, 6 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 5,88% do total, 43 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 42,16% do total, 50 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 49,02% do total e 1 indivíduo discorda parcialmente, correspondendo a 0,98 do total.

Tabela 14 - A criança hiperativa sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentada?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	30	29,4	29,4	29,4
	Discordo parcialmente	4	3,9	3,9	33,3
	Não concordo nem discordo	3	2,9	2,9	36,3
	Totalmente de acordo	65	63,7	63,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

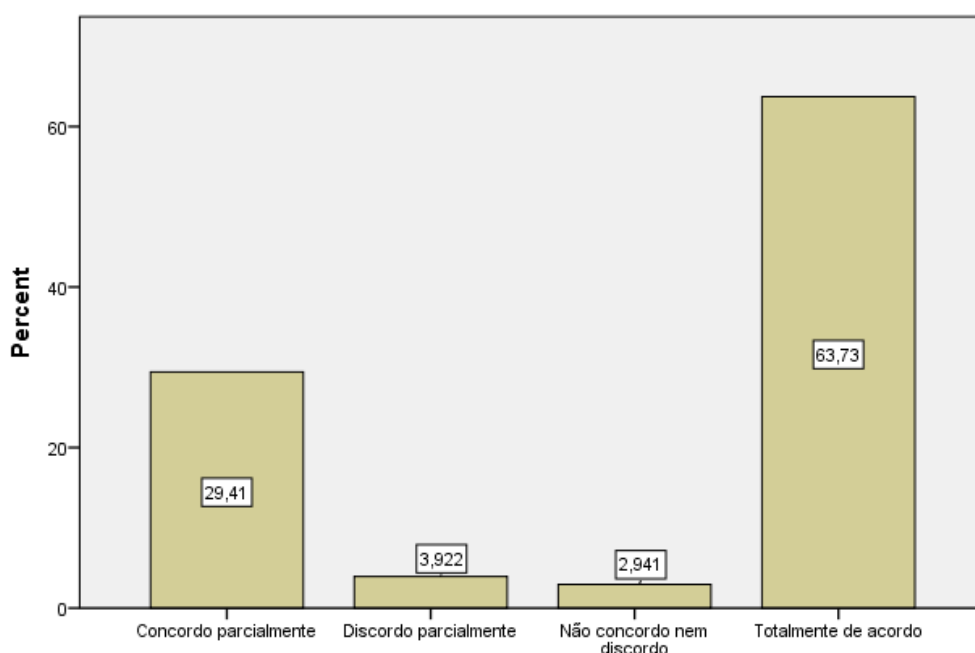


Gráfico 14 - A criança hiperativa sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentada?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentada, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 4 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 3,92% do total, 3 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 2,94% do total, 30 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 29,41% do total, 65 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 63,73% do total, e finalmente nenhum indivíduo está totalmente em desacordo.

Tabela 15 - A criança hiperativa perde coisas necessárias para as atividades lúdicas?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	36	35,3	35,3	35,3
Discordo parcialmente	13	12,7	12,7	48,0
Não concordo nem discordo	19	18,6	18,6	66,7
Totalmente de acordo	25	24,5	24,5	91,2
Totalmente em desacordo	9	8,8	8,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

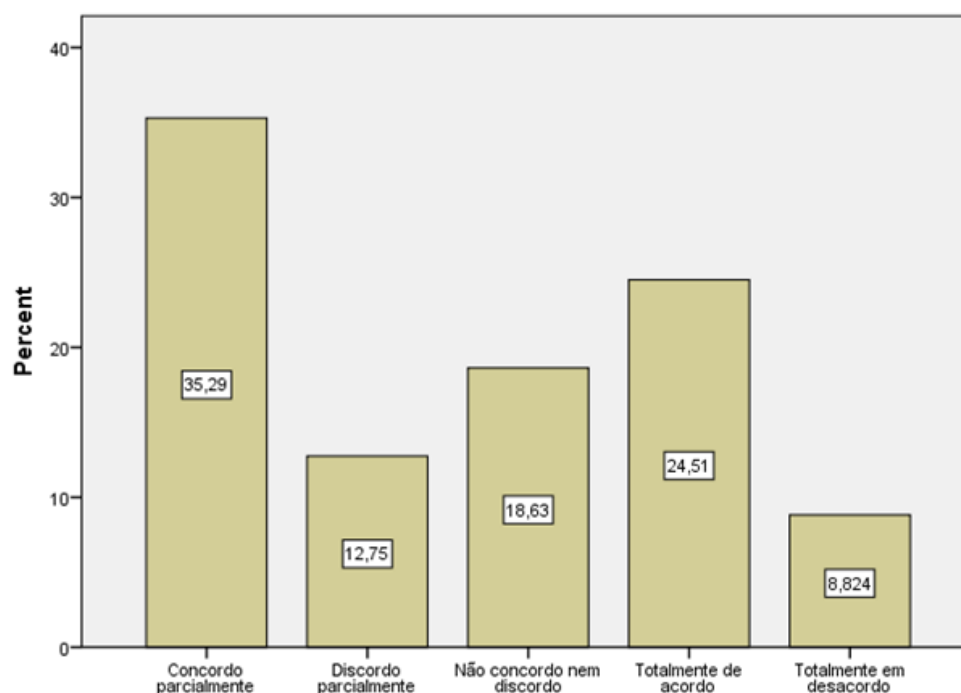


Gráfico 15 - A criança hiperativa perde coisas necessárias para as atividades lúdicas?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa perde coisas necessárias para as atividades lúdicas, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 13 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 12,75% do total, 19 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 18,63% do total, 36 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 35,29% do total, 25 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 24,51% do total, e finalmente 9 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 8,82% do total.

Tabela 16 - A criança hiperativa é aceite na sala de aula pelos colegas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	27	26,5	26,5	26,5
	Discordo parcialmente	32	31,4	31,4	57,8
	Não concordo nem discordo	11	10,8	10,8	68,6
	Totalmente de acordo	16	15,7	15,7	84,3
	Totalmente em desacordo	16	15,7	15,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

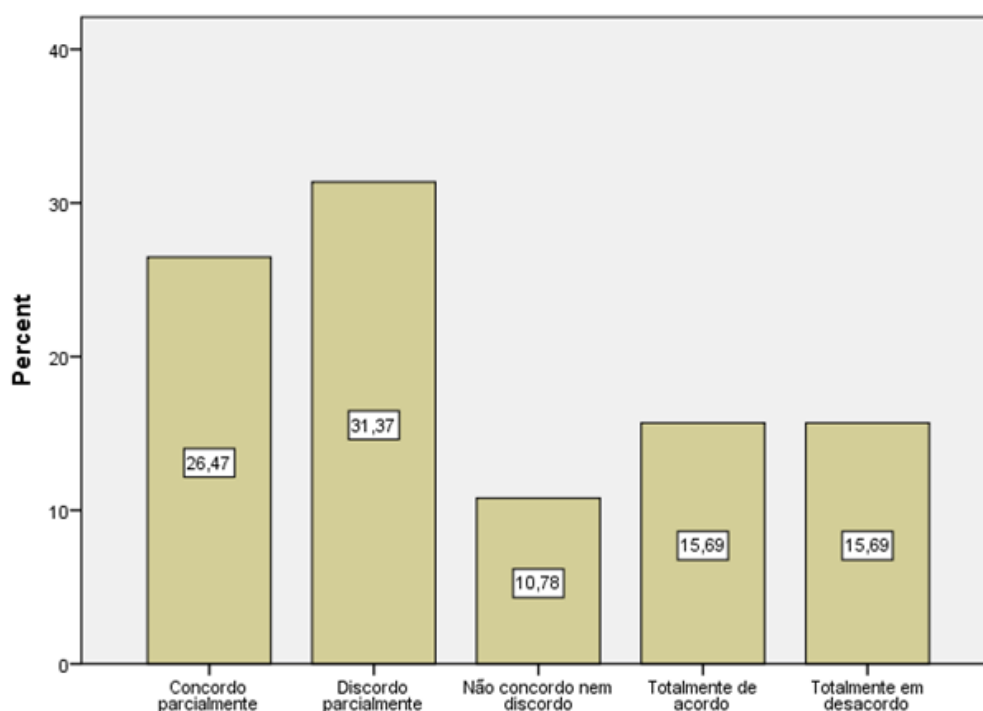


Gráfico 16 - A criança hiperativa é aceite na sala de aula pelos colegas?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa é aceite na sala de aula pelos colegas, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 32 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 31,37% do total, 11 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 10,78% do total, 27 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 26,47% do total, 16 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 15,69% do total, e finalmente 16 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 15,69% do total.

Tabela 17 - A criança hiperativa é aceite pela comunidade escolar?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	36	35,3	35,3	35,3
	Discordo parcialmente	31	30,4	30,4	65,7
	Não concordo nem discordo	9	8,8	8,8	74,5
	Totalmente de acordo	9	8,8	8,8	83,3
	Totalmente em desacordo	17	16,7	16,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

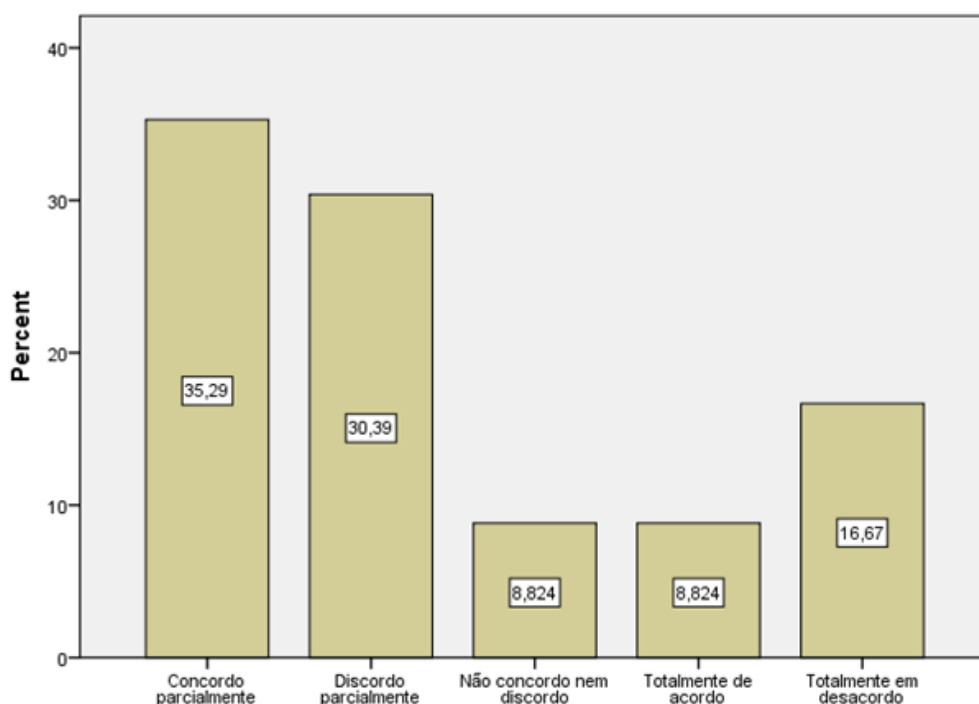


Gráfico 17 - A criança hiperativa é aceita pela comunidade escolar?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa é aceita pela comunidade escolar, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 31 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 30,39% do total, 9 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 8,82% do total, 36 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 35,29% do total, 9 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 8,82% do total, e finalmente 17 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 16,67 do total.

Tabela 18 - Os pais são ativos e colaboram na educação do filho quando este tem hiperatividade na sua escola?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	21	20,6	20,6	20,6
Discordo parcialmente	36	35,3	35,3	55,9
Não concordo nem discordo	32	31,4	31,4	87,3
Totalmente de acordo	1	1,0	1,0	88,2
Totalmente em desacordo	12	11,8	11,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

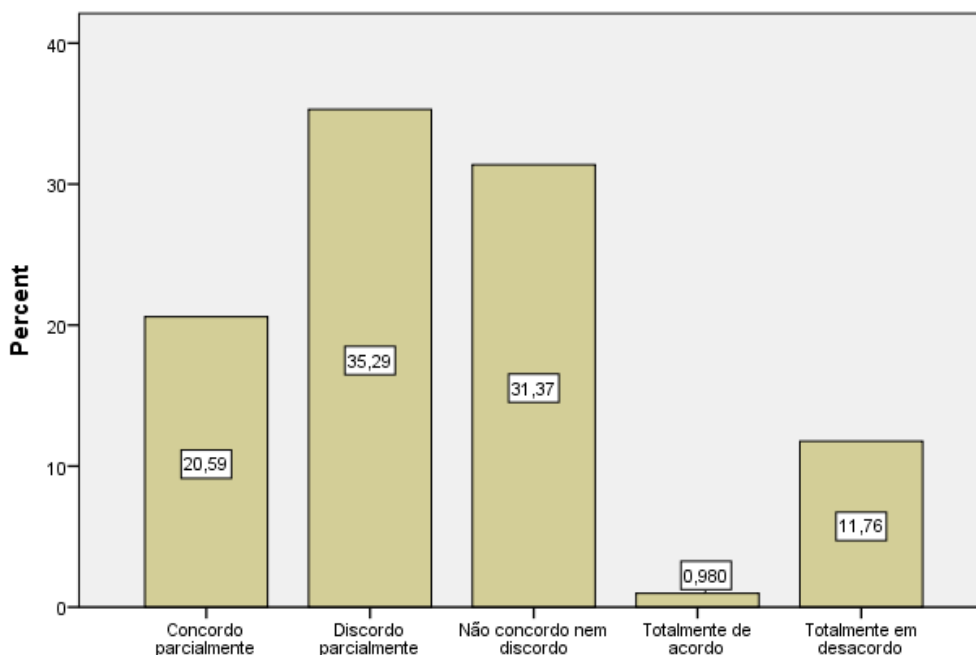


Gráfico 18 - Os pais são ativos e colaboram na educação do filho quando este tem hiperatividade na sua escola?

**Análise:** Em relação à questão se os pais são ativos e colaboram na educação do filho quando este tem hiperatividade na sua escola, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 12 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 11,76% do total, 36 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 35,29% do total, 32 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 31,37% do total, 21 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 20,59% do total, e finalmente 1 indivíduo está totalmente de acordo, correspondendo a 0,98% do total.

Tabela 19 - A criança hiperativa revela dificuldades a nível de aprendizagem?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	42	41,2	41,2	41,2
Discordo parcialmente	13	12,7	12,7	53,9
Não concordo nem discordo	4	3,9	3,9	57,8
Totalmente de acordo	42	41,2	41,2	99,0
Totalmente em desacordo	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

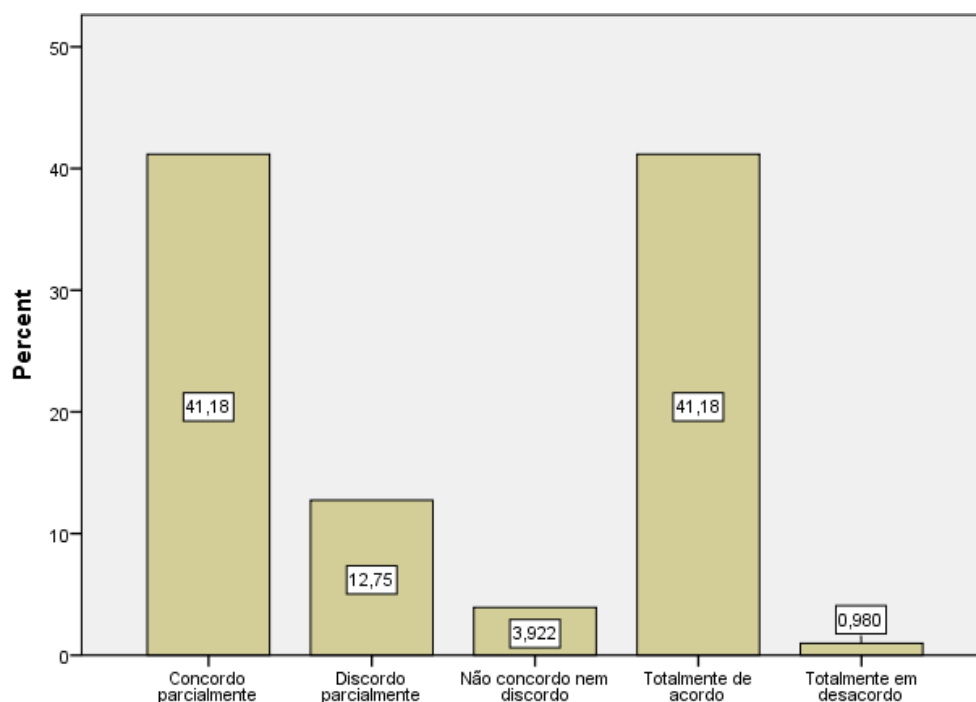


Gráfico 19 - A criança hiperativa revela dificuldades a nível de aprendizagem?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa revela dificuldades a nível de aprendizagem, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 13 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 12,75% do total, 4 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 3,92% do total, 42 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 41,18% do total, 42 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 41,18% do total, e finalmente 1 indivíduo está totalmente em desacordo, correspondendo a 0.98% do total.

Tabela 20 - A criança hiperativa tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	31	30,4	30,4	30,4
Discordo parcialmente	2	2,0	2,0	32,4
Não concordo nem discordo	5	4,9	4,9	37,3
Totalmente de acordo	63	61,8	61,8	99,0
Totalmente em desacordo	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	



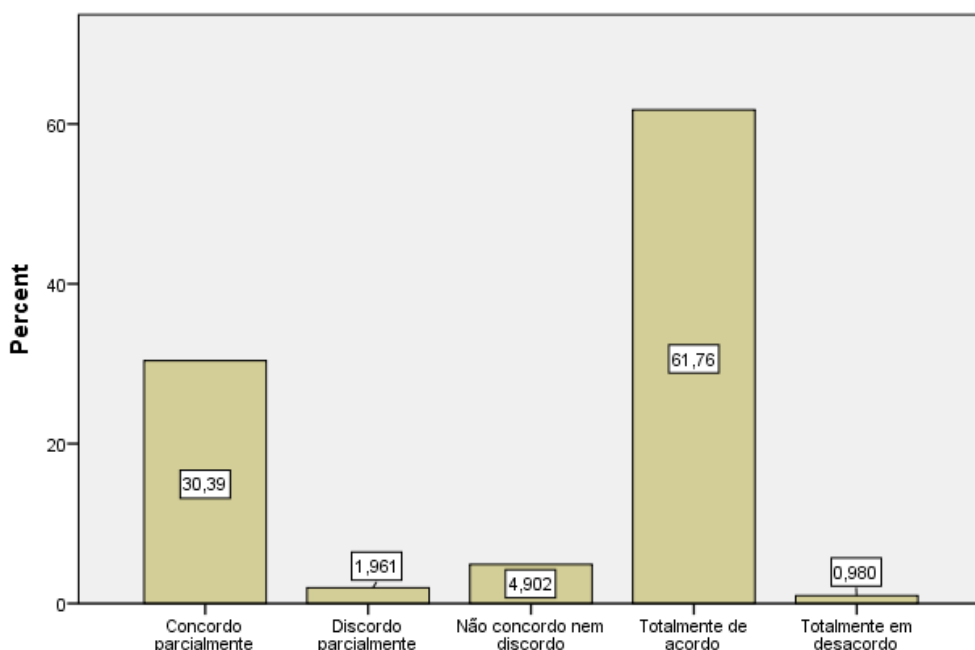


Gráfico 20 - A criança hiperativa tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 1 indivíduo está totalmente em desacordo, correspondendo a 0,98% do total, 2 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 1,96% do total, 5 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 4,90% do total, 31 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 30,39% do total, e finalmente 63 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 61,76% do total.

Tabela 21 - A criança hiperativa consegue fazer silêncio quando lhe é pedido?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	22	21,6	21,6	21,6
Discordo parcialmente	31	30,4	30,4	52,0
Não concordo nem discordo	7	6,9	6,9	58,8
Totalmente de acordo	2	2,0	2,0	60,8
Totalmente em desacordo	40	39,2	39,2	100,0
Total	102	100,0	100,0	

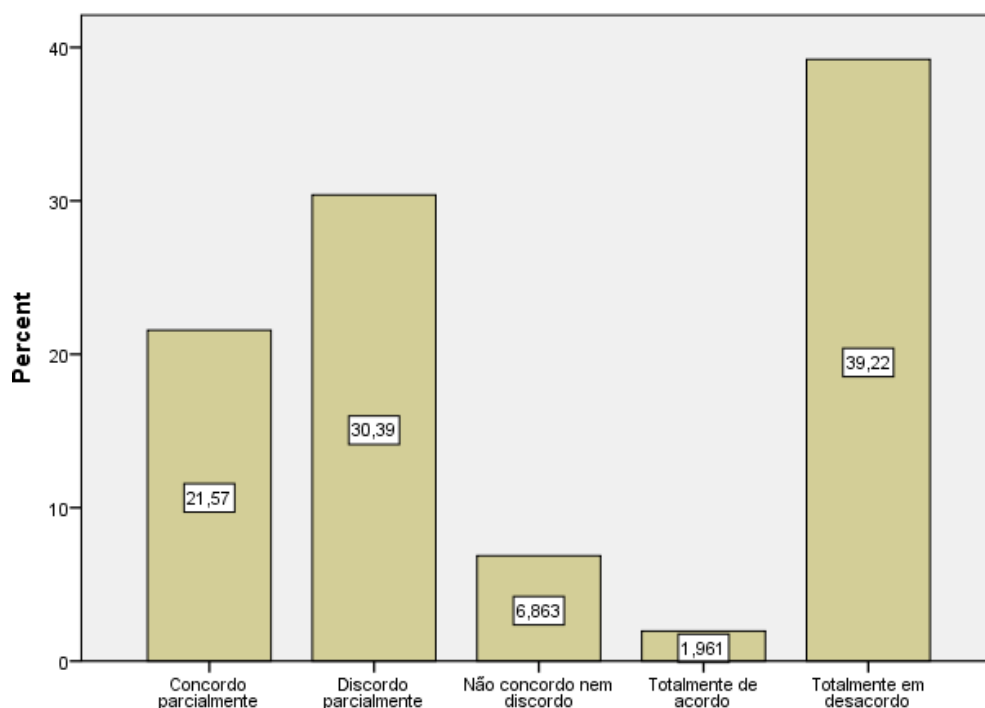


Gráfico 21 - A criança hiperativa consegue fazer silêncio quando lhe é pedido?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa consegue fazer silêncio quando lhe é pedido, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 40 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 39,22% do total, 31 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 30,39% do total, 7 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 6,86% do total, 22 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 21,57% do total, e finalmente 2 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 1,96% do total.

Tabela 22 - A criança hiperativa está mais atenta com atividades mais lúdicas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	45	44,1	44,1	44,1
	Discordo parcialmente	1	1,0	1,0	45,1
	Não concordo nem discordo	6	5,9	5,9	51,0
	Totalmente de acordo	50	49,0	49,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

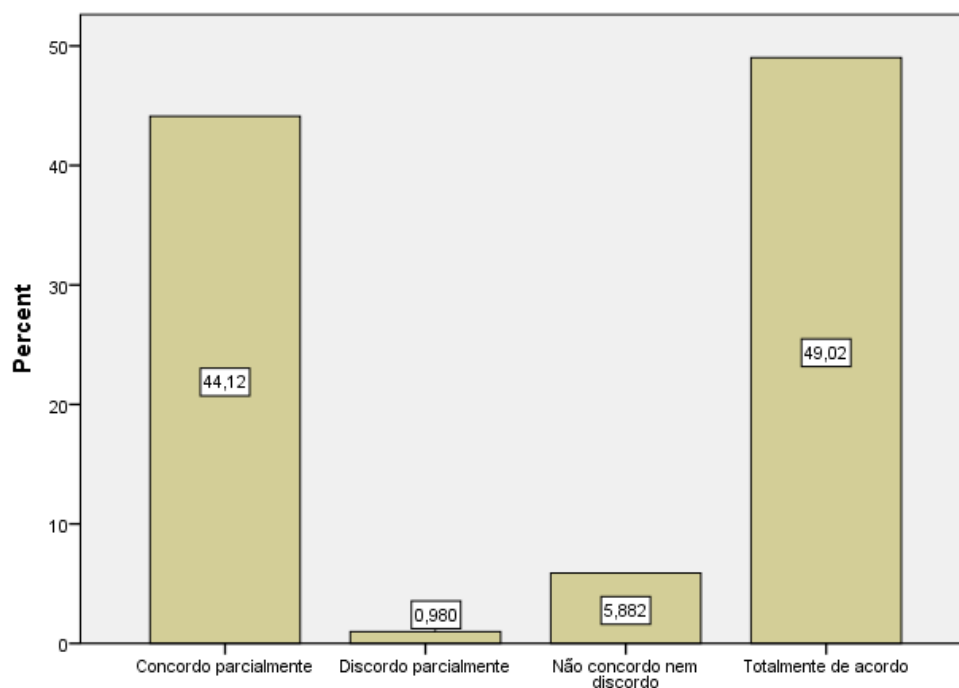


Gráfico 22 - A criança hiperativa está mais atenta com atividades mais lúdicas?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa está mais atenta com atividades mais lúdicas, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 1 indivíduo discorda parcialmente, correspondendo a 0,98% do total, 6 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 5,88% do total, 45 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 44,12% do total, 50 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 49,02% do total, e finalmente nenhum indivíduo está totalmente em desacordo.

Tabela 23 - A criança hiperativa controla melhor o seu comportamento quando aprende a partir do jogo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	35	34,3	34,3	34,3
	Não concordo nem discordo	8	7,8	7,8	42,2
	Totalmente de acordo	59	57,8	57,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

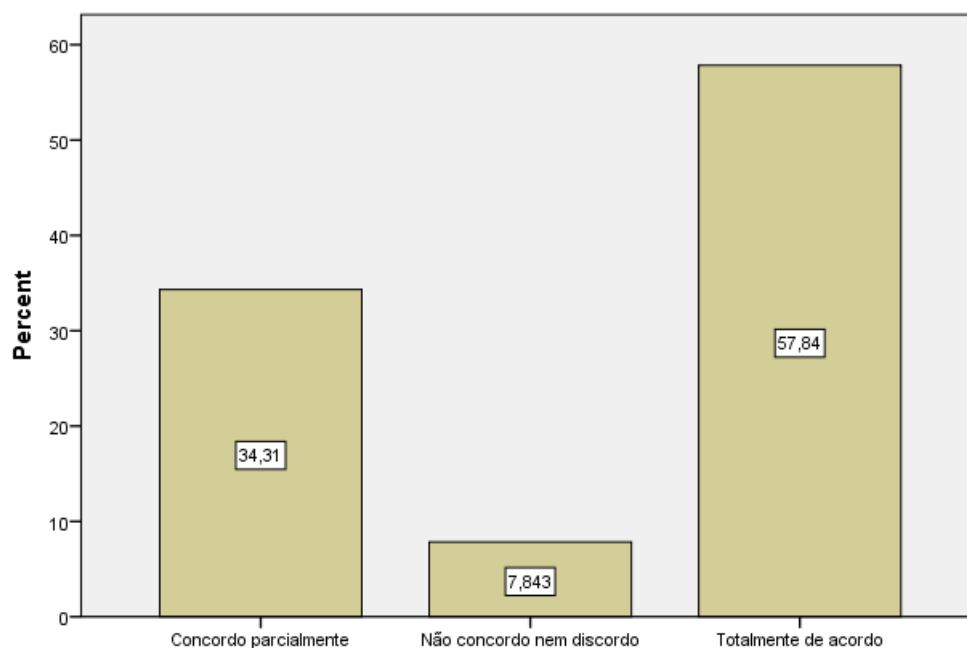


Gráfico 23 - A criança hiperativa controla melhor o seu comportamento quando aprende a partir do jogo?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa controla melhor o seu comportamento quando aprende a partir do jogo, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 8 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 7,84% do total, 35 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 34,31% do total, 59 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 57,84% do total, e finalmente nenhum indivíduo está totalmente em desacordo ou discorda parcialmente.

Tabela 24 - A criança hiperativa cumpre as regras do jogo?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	49	48,0	48,0	48,0
Discordo parcialmente	25	24,5	24,5	72,5
Não concordo nem discordo	16	15,7	15,7	88,2
Totalmente de acordo	8	7,8	7,8	96,1
Totalmente em desacordo	4	3,9	3,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

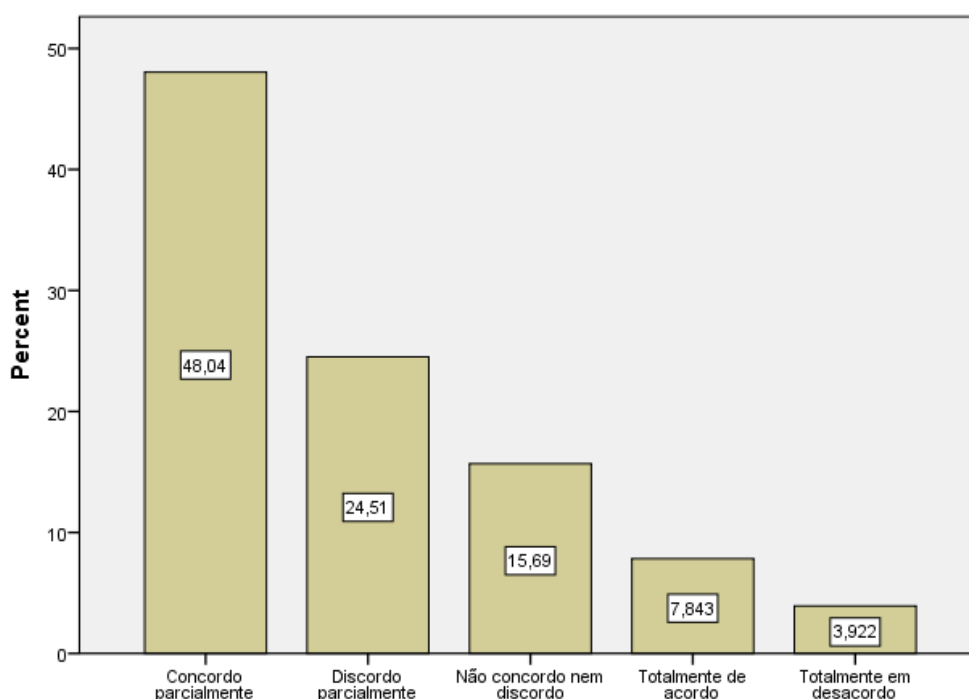


Gráfico 24 - A criança hiperativa cumpre as regras do jogo?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa cumpre as regras do jogo, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 4 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 3,92% do total, 25 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 24,51% do total, 16 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 15,69% do total, 49 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 48,04% do total, e finalmente 8 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 7,84% do total.

Tabela 25 - A criança hiperativa consegue chegar até ao fim da tarefa quando é realizada a partir de um jogo?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	54	52,9	52,9	52,9
Discordo parcialmente	9	8,8	8,8	61,8
Não concordo nem discordo	14	13,7	13,7	75,5
Totalmente de acordo	24	23,5	23,5	99,0
Totalmente em desacordo	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

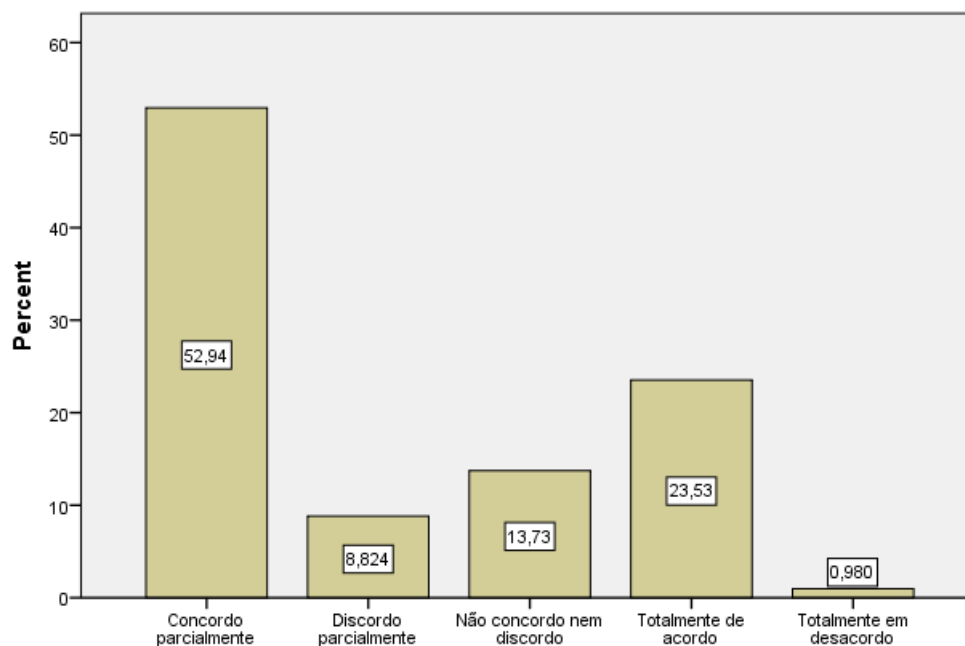


Gráfico 25 - A criança hiperativa consegue chegar até ao fim da tarefa quando é realizada a partir de um jogo?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa consegue chegar até ao fim da tarefa quando é realizada a partir de um jogo, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 9 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 8,82% do total, 14 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 13,73% do total, 54 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 52,94% do total, 24 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 23,53% do total, e finalmente 1 indivíduo está totalmente em desacordo, correspondendo a 0,98% do total.

Tabela 26 - A criança hiperativa sabe comportar-se em grupo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	36	35,3	35,3	35,3
	Discordo parcialmente	27	26,5	26,5	61,8
	Não concordo nem discordo	18	17,6	17,6	79,4
	Totalmente de acordo	1	1,0	1,0	80,4
	Totalmente em desacordo	20	19,6	19,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

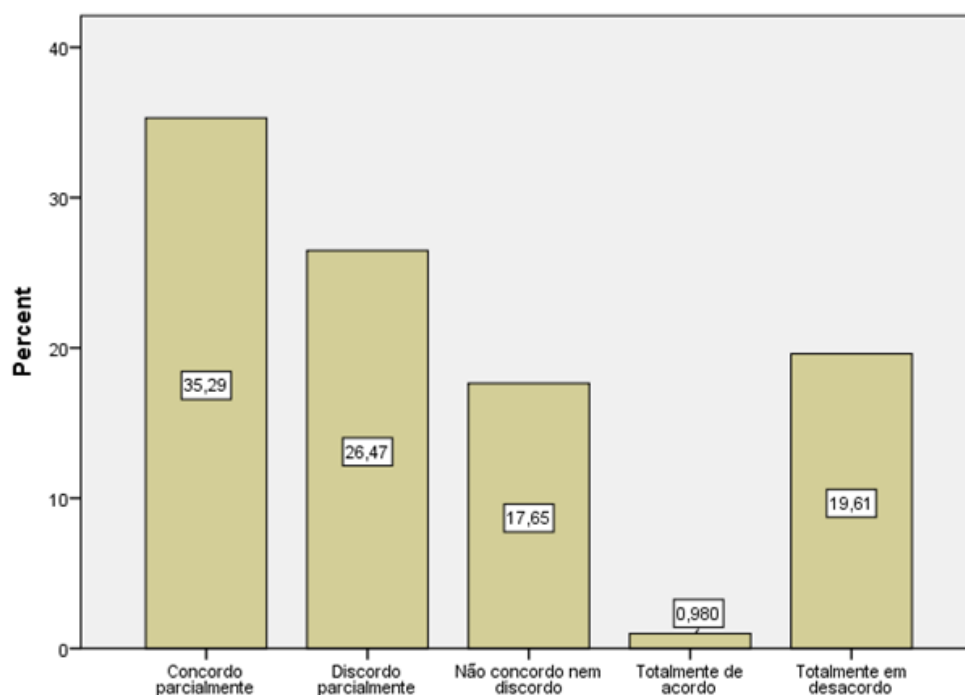


Gráfico 26 - A criança hiperativa sabe comportar-se em grupo?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa sabe comportar-se em grupo, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 20 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 19,61% do total, 27 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 26,47% do total, 18 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 17,65% do total, 36 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 35,29% do total, e finalmente 1 indivíduo está totalmente de acordo, correspondendo a 0,98% do total.

Tabela 27 - A criança hiperativa responde às perguntas de forma mais assertiva quando é feito através do jogo?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo parcialmente	46	45,1	45,1	45,1
Discordo parcialmente	3	2,9	2,9	48,0
Não concordo nem discordo	14	13,7	13,7	61,8
Totalmente de acordo	39	38,2	38,2	100,0
Total	102	100,0	100,0	

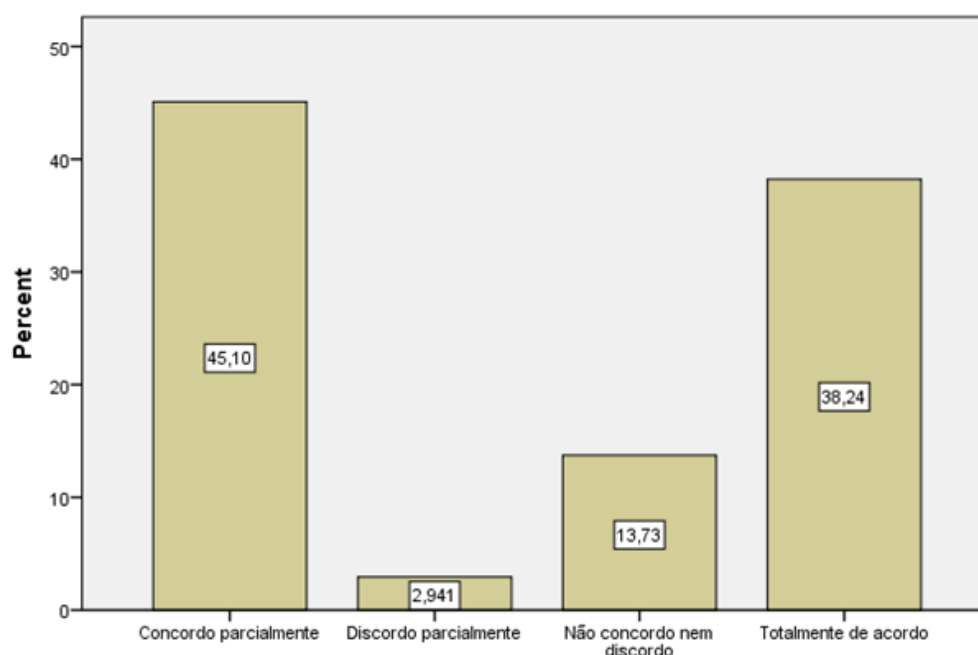


Gráfico 27 - A criança hiperativa responde às perguntas de forma mais assertiva quando é feito através do jogo?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa responde às perguntas de forma mais assertiva quando é feito através do jogo, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 3 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 2,94% do total, 14 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 13,73% do total, 46 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 45,10% do total, 39 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 38,24% do total, e finalmente nenhum indivíduo está totalmente em desacordo.

Tabela 28 - A criança hiperativa consegue fazer várias atividades ao mesmo tempo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	17	16,7	16,7	16,7
	Discordo parcialmente	24	23,5	23,5	40,2
	Não concordo nem discordo	17	16,7	16,7	56,9
	Totalmente de acordo	1	1,0	1,0	57,8
	Totalmente em desacordo	43	42,2	42,2	100,0
Total		102	100,0	100,0	



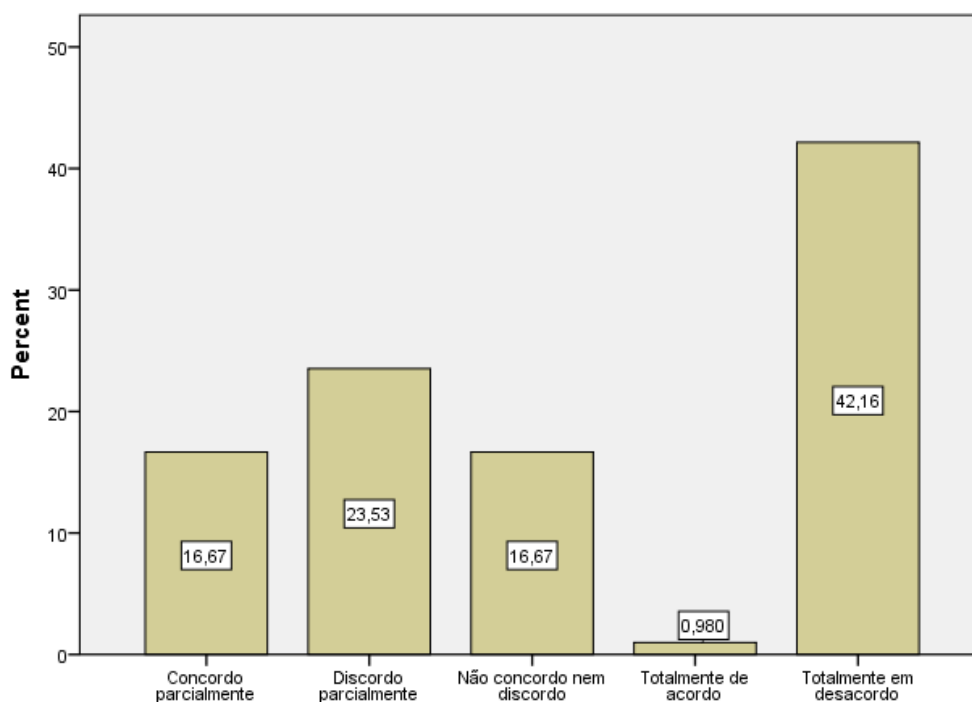


Gráfico 28 - A criança hiperativa consegue fazer várias atividades ao mesmo tempo?

**Análise:** Em relação à questão se a criança hiperativa sabe fazer várias atividades ao mesmo tempo, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 43 indivíduos estão totalmente em desacordo, correspondendo a 42,16% do total, 24 indivíduos discordam parcialmente, correspondendo a 23,53% do total, 17 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 16,67% do total, 17 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 16,67% do total, e finalmente 1 indivíduo está totalmente de acordo, correspondendo a 0,98% do total.

Tabela 29 - Acha que o jogo estimula a criança de forma clara e positiva?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo parcialmente	23	22,5	22,5	22,5
	Não concordo nem discordo	6	5,9	5,9	28,4
	Totalmente de acordo	73	71,6	71,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

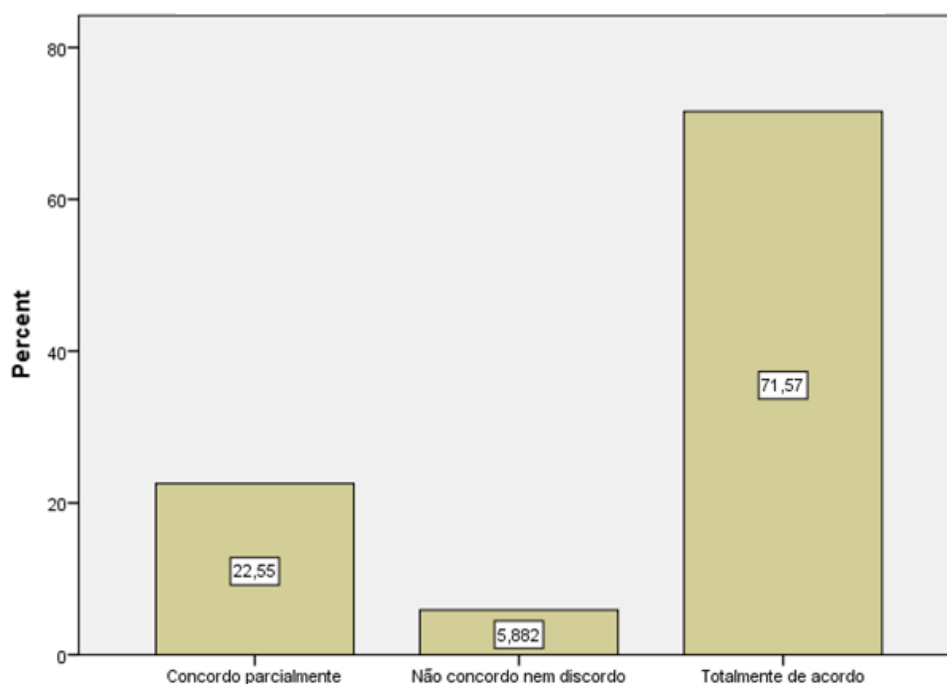


Gráfico 29 - Acha que o jogo estimula a criança de forma clara e positiva?

**Análise:** Em relação à questão se acha que o jogo estimula a criança de forma clara e positiva, podemos aferir que num total de 102 pessoas inquiridas, 6 indivíduos não concordam nem discordam, correspondendo a 5,88% do total, 23 indivíduos concordam parcialmente, correspondendo a 22,55% do total, 33 indivíduos estão totalmente de acordo, correspondendo a 71,57% do total, e finalmente nenhum indivíduo está totalmente em desacordo ou discorda parcialmente.

Este formulário esteve e estará disponível no seguinte endereço de internet “[https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?hl=pt\\_PT&formkey=dDZKN01VbkpaY3Bmc1BhWnZJLVFNd0E6MQ#gid=0](https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?hl=pt_PT&formkey=dDZKN01VbkpaY3Bmc1BhWnZJLVFNd0E6MQ#gid=0)” (ver Anexo I - Questionário realizado). No gráfico a seguir apresenta-se a evolução diária das respostas ao mesmo, entre o período de 15-08-2011 e 02-08-2012.

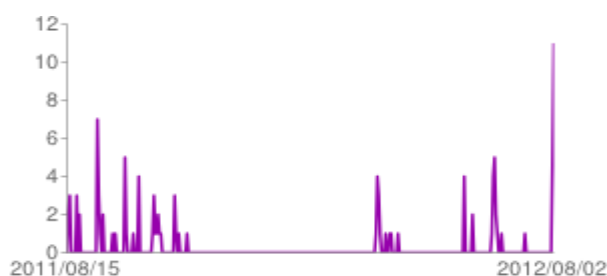


Gráfico 30 - Evolução diária das respostas ao questionário

#### **Capítulo 4. Discussão dos resultados**

Sendo o objetivo central do nosso trabalho analisar a importância do jogo na hiperatividade, importa perceber até que ponto os professores e educadores estão familiarizados ou já tiveram contacto com esta problemática. Pela análise dos resultados encontrados, apercebemo-nos que a maioria da amostra (83,3%) já teve experiência ou contactou com crianças com Necessidades Educativas Especiais.

De facto, a PHDA é uma das mais prevalentes e estudadas perturbações comportamentais, com validade clínica, que afetam as crianças na sua realização académica e no relacionamento com os seus pares e professores/educadores.

No grupo I apresenta-se a descrição da amostra, tomando as variáveis sexo e idade.

A leitura do quadro I revela que a nossa amostra é maioritariamente constituída por professores/educadores do género feminino, o que não é de estranhar, uma vez que a classe dos professores/educadores é, maioritariamente, constituída por mulheres.

No grupo II apresenta-se a descrição da amostra, tomando as variáveis tempo de serviço, situação profissional, formação profissional, grau académico, especialização em educação especial e experiência profissional.

Relativamente ao número médio de anos de serviço dos professores foi de 0 a 10 anos com 90 respostas o que corresponde a uma percentagem de 88,2%, quatro sujeitos têm entre 11 a 15 anos de serviço que corresponde a 3,9% e 5 indivíduos têm entre 21 a 25 anos que corresponde a 4,9%. No que concerne à situação profissional é de ressaltar que a maioria da população inquirida encontra-se na situação de contrato o que corresponde a 87,3% das 89 respostas dadas. Doze sujeitos são do quadro o que corresponde a 11,8 % e apenas um encontra-se destacado o que corresponde a 1%.

Quanto à formação profissional, 56 são professores do 1º CEB (54,9%), 38 professores do 2º CEB (37,3%) e 8 educadores de infância (7,8%). No grau académico, as habilitações literárias distribuem-se pela Licenciatura, com 55 respostas dadas que corresponde a 53,9%, Pós-Graduação com 36, que corresponde a 55% e Mestrado, com 1 que corresponde também a 1%.

Relativamente à especialização em educação especial podemos concluir que existe uma população bastante significativa uma vez que 70 sujeitos de um universo de 102 possuem especialização o que corresponde a 68,6%.

Por fim concluímos que em 102 dos professores e educadores inquiridos, 85 já contactaram com crianças com necessidades educativas especiais o que nos leva a afirmar que se trata de uma população com alguma experiência e conhecimento acerca desta problemática. Dezassete sujeitos, pelo contrário, revelaram nunca ter contactado com crianças com necessidades educativas especiais o que corresponde a 16,7%.

No grupo III apresenta-se as questões sobre a PHDA e o jogo e quem vão de encontro aos objetivos e hipóteses estabelecidas para este trabalho.

Na questão “A hiperatividade verifica-se com mais frequência nos rapazes do que nas raparigas” a partir dos dados tratados podemos concluir que não existe um consenso e uma ideia bem definida sobre a prevalência da hiperatividade quanto ao sexo. Ao confrontarmo-nos com a revisão da literatura, vários defenderam que a incidência é mais elevada nos rapazes, contudo outros autores vêm contrapor esta ideia ao dizer que os critérios de avaliação da hiperatividade não são iguais para as raparigas e para os rapazes. Esta situação leva a uma maior incidência nos rapazes, porém se existisse os mesmos critérios para as raparigas com toda a certeza os resultados seriam diferentes e a disparidade existente entre os sexos seria bem mais reduzida.

Na questão “A criança hiperativa tem dificuldade para organizar as tarefas e atividades”, num universo de 102 sujeitos, 69 inquiridos responderam totalmente de acordo que corresponde a 67,6% e que nos leva a concluir que a criança revela dificuldade na realização das tarefas e, muitas vezes, é mesmo desorganizada. De tal modo e como foi analisado na revisão da literatura, a criança quer na escola quer em casa deve ter bem definido o seu plano de tarefas e atividades a realizar no seu dia a dia. Importa incutir nelas ainda o uso de um caderno de apontamentos onde estas possam delinear as suas tarefas e organizar a sua vida.

Relativamente à questão “Acha as crianças hiperativas agressivas?”, constatamos que existiu uma maior variedade de respostas, contudo, não ficou claro que as crianças hiperativas são agressivas, embora, e de acordo com algumas pesquisas realizadas por vários autores, estas crianças ao não serem bem aceites pelos colegas e restante comunidade podem evidenciar comportamentos em certa medida agressivos. Muitas vezes, a frustração sentida por estas crianças pode despoletar sentimentos de tristeza e raiva sendo estes, muitas vezes, involuntários. Ao não conseguirem pensar, estas involuntariamente agem e por norma não conseguem medir de forma clara os seus atos.

De seguida apresento uma citação das autoras Prekop e Schweizer (2001:18) que consideramos deveras esclarecedor quando pensamos que as crianças hiperativas são na grande maioria agressivas.

“Qualquer «pequeno tirano» é irrequieto, isto é, hiperactivo. Mas nem todas as crianças hiperactivas são pequenos tiranos”.

No que diz respeito à questão “Acha que as crianças são hiperativas porque têm ou já passaram/viveram algum problema?”, existiu um grande número de respostas que evidenciou algum desconhecimento, uma vez que no total dos cento e dois inquiridos, trinta responderam que não concordavam nem discordavam. De facto, esta questão suscita algumas dúvidas devido à pouca precisão das investigações neste sentido. Autores como Prekop e Schweizer (2001) atribuem a problemas como o divórcio dos pais, problemas de interação familiar, gravidez abreviada, causas orgânicas e ser o primogénito possíveis fatores que despoletem nas crianças manifestações patológicas de hiperatividade.

Numa perspectiva diferente, o autor Marcelli (2005) aponta para a hiperatividade apenas perturbações da atenção e de hiperatividade-impulsividade, não abordando possíveis fatores externos, assentando o seu estudo em fatores mais biológicos.

Quanto à questão “A criança hiperativa apresenta baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que as suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização e baixa autoestima?”, as respostas tiveram maior incidência nos parâmetros concordo totalmente (49%) e concordo parcialmente (42,2%). De facto todas as características apresentadas se reportam para as crianças hiperativas. São características que se tornam evidentes e claras no contato direto e diário com este tipo de crianças.

Tal com refere Lorente e Ávila (2004:19), “a criança hiperactiva quer ser sempre o centro das atenções tanto na escola como em casa. Procura permanentemente uma forma de chamar a atenção dos pais ou do professor”.

No que concerne à questão “A criança hiperativa sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentada?”, a maior incidência de respostas recaiu sobre a opção totalmente de acordo que corresponde a 63,7% dos inquiridos. Mais uma vez as respostas foram de encontro à literatura uma vez que uma das características mais marcantes destas crianças é a impulsividade que não as deixa estar

durante muito tempo quietas. As reações acontecem antes mesmo do pensamento, o que as torna seres incansáveis. Importa que os professores, pais e toda a família e comunidade nos seus momentos de desespero compreendam estas crianças e ajam no sentido de ajudá-las a sentirem-se melhor. Deste modo, a diversidade de tarefas e a solicitação da realização de algumas delas, como por exemplo, a criança ser a “secretária” do professor ou educador pode em muito ajudá-la a controlar o seu comportamento.

Para o autor Fallardeau (1999) realmente a impulsividade constitui o segundo problema mais perturbador nesta síndrome. A impulsividade da criança impossibilita-a de pensar e, deste modo, controlar os seus movimentos.

Na questão “A criança hiperativa perde coisas necessárias para as atividades lúdicas?”, a opção que teve mais respostas foi concordo parcialmente, existindo no entanto um número de respostas considerável no totalmente de acordo. Do estudo que fizemos foram várias as menções feitas ao aspeto da organização. As crianças hiperativas são muito agitadas e como tal têm grande ansiedade em realizar e finalizar as tarefas quer sejam escolares, quer sejam em contexto familiar. Importa que aos poucos seja pedido a estas, a realização de tarefas, como por exemplo, fazer a cama, arrumar o seu quarto, entre outros.

Para Fallardeau (1999), as crianças com PHDA têm tendência para esquecer ou perder objetos e até mesmo a esquecerem-se de entregar os trabalhos a tempo porque não anotaram a data da sua entrega.

Em relação à questão “A criança hiperativa é aceite na sala de aula pelos colegas?”, dos 102 inquiridos, 32 optaram pela resposta discordo parcialmente e que, deste modo, vai de encontro à perspetiva de vários autores que relatam que estas crianças nem sempre são aceites pelos colegas. Muitas vezes, o seu comportamento intempestivo e perturbador propicia o seu afastamento. Contudo, importa valorizar as restantes respostas obtidas e tê-las bem presentes, pois só assim é que chegamos a uma escola inclusiva, onde a oportunidade de sucesso e realização seja um caminho a seguir e que é almejado por todos independentemente de serem crianças, adolescentes ou adultos.

Para Barkley (2002), as crianças com PHDA não se dão muito bem com os seus pares, o que muitas vezes acontece é que têm poucos parceiros ou nenhum amigo para brincar, o que pode ser muito doloroso e acarretar com isto patologias como a depressão.

Quanto à questão “A criança hiperativa é aceite pela comunidade escolar?” podemos depreender das respostas que, não existe uma opinião unânime. Importa apenas ressaltar que, embora sejamos recetivos, devemos possuir alguma informação sobre a PHDA de forma a minimizar futuros problemas por ausência de conhecimento.

Relativamente à questão “Os pais são ativos e colaboram na educação do filho quando este tem hiperatividade na sua escola?” existiu apenas um inquirido que respondeu concordo totalmente, trinta e dois responderam nem concordo, nem discordo, vinte e um reponderam concordo parcialmente, doze responderam totalmente em desacordo e trinta e seis responderam que discordam parcialmente. No geral e pela experiência ao longo dos anos que obtivemos, podemos afirmar que, embora exista ainda muitas lacunas na informação sobre a PHDA, os pais estão aos poucos a adotar uma atitude menos absentista e de forma progressiva a informar-se e a participar mais na vida dos seus filhos. Todavia ainda existe um longo caminho a percorrer devido à passividade e indiferença de muitos pais no que diz respeito a esta síndrome.

Para Prekop e Schweizer (2001), os pais além de serem pais devem ser parte integrante da vida dos seus filhos, contudo é importante que sejam compreensivos quanto à sintomatologia da criança, transmitindo-lhe segurança e proteção.

Na pergunta “A criança hiperativa revela dificuldades a nível de aprendizagem?”, o maior número de resposta assentou nas opções totalmente de acordo e concordo parcialmente. A resposta a esta interrogação veio comprovar que os professores e educadores realmente já se depararam com este problema e que de forma significativa estas crianças apresentam. Mas, importa ressaltar que, muitas das dificuldades de aprendizagem advêm da falta de atenção e impulsividade. A criança ao estar desatenta não consegue ouvir, assimilar e, por sua vez, armazenar a informação recebida.

Para Parker (2003), cerca de 25% das crianças com PHDA evidenciam dificuldades de aprendizagem. Estas dificuldades devem-se, essencialmente, à desatenção e à impulsividade.

No que diz respeito à questão “A criança hiperativa tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma?”, os inquiridos mais representativos responderam que concordavam totalmente. Como já foi mencionado, de facto a agitação e a impulsividade perturbam a calma inexistente nestas crianças.

Fazendo referência à questão “A criança hiperativa consegue fazer silêncio quando lhe é pedido?”, a opção que obteve mais respostas foi totalmente em desacordo. A revisão da literatura comprova que as crianças não conseguem fazer silêncio, dizendo por vezes coisas despropositadas.

Na pergunta “A criança hiperativa está mais atenta com atividades mais lúdicas?”, os professores e educadores repartiram o maior número de respostas pelas opções totalmente de acordo e concordo parcialmente. A opinião destes foi de encontro a uma das hipóteses formuladas inicialmente no nosso trabalho. De forma geral, as crianças demonstram muita alegria e interesse quando realizam algum jogo e como seria de esperar as crianças hiperativas também. Pelo jogo, elas aprendem a estar atentas, pois adoram-no.

Tal como Storms (2003) refere, o jogo é sair da rotina, é deixar para trás o monótono. Pelo jogo nós temos a oportunidade de pensar, sentir, agir e acima de tudo nos divertir.

Na questão “A criança hiperativa controla melhor o seu comportamento quando aprende a partir do jogo?” as respostas mais uma vez evidenciaram uma maior incidência nas opções totalmente de acordo e concordo parcialmente. Podemos concluir que o jogo enquanto motivador e instrumento de prazer vai permitir às crianças um maior controlo dos seus comportamentos, pois estas sabem de antemão que se não cumprirem as regras do jogo podem perder o seu momento de prazer, logo o seu momento para jogar.

Relativamente à interrogação “A criança hiperativa cumpre as regras do jogo?”, existiram 49 pessoas que responderam concordo parcialmente, 25 responderam discordo parcialmente, dezasseis não concordo nem discordo, 8 totalmente de acordo e 4 totalmente em desacordo. Diante destas respostas, podemos afirmar que ainda não exista uma opinião concisa e objetiva, o que nos leva a concluir que cada criança é um ser diferente, como também a sua patologia, podendo umas ser mais grave que outras. Nas crianças em que a impulsividade seja mais acentuada é evidente que o cumprimento de regras seja mais difícil.

Nielsen (1999:124) refere que os “Os professores podem encorajar os alunos a analisar o que sentem quando alguém os provoca, por contraste com o que sentem quando recebem um feedback positivo”. Desta forma, o aluno terá a possibilidade de desenvolver a consciência do próprio valor.



Na questão “A criança hiperativa consegue chegar até ao fim da tarefa quando é realizada a partir de um jogo?” existiu uma amostra representativa na opção concordo parcialmente quando comparada com as restantes respostas.

Na pergunta “A criança hiperativa sabe comportar-se em grupo?” existiu uma grande disparidade nas respostas, 36 inquiridos responderam concordo parcialmente, 27 responderam discordo parcialmente, 20 totalmente de acordo, 18 não concordo nem discordo e apenas um respondeu totalmente de acordo, o que nos permite concluir que o que é regra para um determinado tipo de crianças ditas normais pode não ser para as hiperativas devido à tendência para estas serem sempre mais agitadas.

No que diz respeito à pergunta “A criança hiperativa responde às perguntas de forma mais assertiva quando é feito através do jogo?” o maior número de respostas inciduiu sobre as opções concordo parcialmente e totalmente de acordo. Mais uma vez vem reforçar a revisão da literatura e comprovar que quando nos sentimos bem e motivados somos capazes de fazer sempre melhor.

Sendo o grau de dificuldade diferente de aluno para aluno, os professores devem, portanto, definir os objetivos passíveis de serem atingidos por cada aluno e encorajá-lo no processo ensino aprendizagem. Um dos grandes objetivos de todos e de qualquer professor é o de promover a autoestima das crianças para que elas se sintam entusiasmadas, pois assim serão mais recetivas à aprendizagem e às suas aptidões para a leitura, escrita e para o cálculo (Correia, 2003).

Na questão “A criança hiperativa consegue fazer várias atividades ao mesmo tempo?” o número de respostas vai novamente de encontro à revisão da literatura. Dos 102 inquiridos, 43 responderam totalmente em desacordo, 24 discordo parcialmente, 17 concordo parcialmente e não discordo nem concordo, sendo que apenas um respondeu totalmente de acordo. De facto, devido à falta de concentração e atenção que por norma estas crianças manifestam, a realização de várias atividades ao mesmo tempo torna-se uma missão muito difícil e de certa forma por vezes impossível.

Na pergunta “Acha que o jogo estimula a criança de forma clara e positiva?” podemos afirmar que os professores e educadores na sua grande maioria concordaram totalmente ou parcialmente com a aplicação do mesmo nas atividades e percurso escolar destas crianças. Ao contrapormos a nossa fundamentação teórica podemos dizer que esta foi de encontro ao nosso propósito ao defendermos o jogo como uma atividade

multidisciplinar, que permite à criança desenvolver as suas capacidades desde as mais básicas às mais complexas devido à flexibilidade e variabilidade que o jogo nos oferece. A partir do jogo podemos acrescentar uma infinidade de pormenores que permitem tornar atividades mais simples em mais complexas e deste modo permitir desenvolver as várias áreas do saber, respeitando as fases evolutivas de cada ser na sua individualidade e especificidade.

Para além dos professores e educadores apontarem como vantajoso a utilização do jogo na PHDA, importa frisar do mesmo modo que os resultados do nosso estudo revelam que os professores e educadores detêm informação sobre a PHDA. Também num estudo de Lourenço (2009) foi possível verificar que é ao nível da sintomatologia que os professores/educadores estão melhor informados sobre a PHDA. Assim, parece que estes tendem a estar bem informados no que se refere a questões relativas aos sintomas/diagnóstico, o que poderá dever-se ao facto destas estarem mais diretamente relacionadas com o que observam nos alunos, no seu dia a dia em contexto escolar (por exemplo agitação no lugar; levantar-se do lugar sem motivo).

Relativamente à experiência prévia com alunos com PHDA, e como já mencionamos anteriormente, verificámos que existe uma maior percentagem de professores e educadores que já tiveram contacto com alunos com necessidades educativas especiais o que nos leva a concluir que é urgente apostar na formação de professores/educadores uma vez que crianças com este tipo de necessidades é uma realidade cada vez mais próxima e usual. Como tal importa que estes saibam adaptar-se e munir-se de ferramentas de modo a ajudar estas crianças nas suas necessidades tão específicas e peculiares.

Em suma, pensamos que as respostas obtidas foram de encontro às hipóteses e objetivos estabelecidos para este trabalho.

## **Conclusão**

Cada vez mais damos conta que a PHDA é uma realidade, à qual não se pode fugir, com implicações na sociedade aos seus vários níveis: escolar, familiar e comunitário. A atestar esta realidade está a quantidade, cada vez maior, de investigações feitas na área, principalmente no estrangeiro, e cada vez mais em território nacional. Estas trazem novos entendimentos nas suas diferentes vertentes e apenas com elas, estaremos no caminho certo ao nível da intervenção e da promoção do seu sucesso como veículo de uma plena integração destas crianças na sociedade. No sentido de minimizar alguns problemas mais evidentes tentamos nos munir de estratégias que vão de acordo à especificidade destas crianças.

Na elaboração deste trabalho de tema “Qual a perceção dos professores de primeiro e segundo ciclo e educadores de infância sobre a importância do jogo para a intervenção em alunos com hiperatividade?”, concluímos ao longo da nossa pesquisa e baseada em vários autores que os jogos são essenciais na aprendizagem do educando e no seu desenvolvimento intelectual.

Através dos jogos, as crianças reproduzem as relações que existem entre as pessoas, desenvolvem as suas capacidades de comunicação e socializam-se.

Os jogos didáticos são para as crianças um meio de aprendizagem mais fácil e atrativo, para além de terem um carácter lúdico.

Muitas vezes os adultos pensam que as crianças não sabem distinguir a realidade do jogo, mas a verdade é que elas são capazes dessa distinção, apesar de viverem intensamente os cenários que idealizam com os seus jogos.

Os jogos são um prazer para as crianças. Estes entram nas suas vidas mesmo antes de frequentarem a escola. Para elas jogar faz com que descubram o seu corpo, aprendam a coordenar movimentos, a interagir com os outros e a resolverem os seus conflitos. Os jogos estimulam a criatividade e imaginação das crianças, mas também ajudam a construir a sua personalidade.

Deste modo ao relacionarem-se uns com os outros, para cumprir as regras do jogo, aprendem de certa forma a socializar-se na sociedade onde vivem, aspeto muito

importante para crianças com hiperatividade, uma vez que o cumprimento de tarefas revela-se para elas uma tarefa muito difícil.

Para Samulski (cit. por Neto, 1997:226), “o jogo infantil pode ser entendido como assimilação da realidade, como comunicação social, como solução de conflitos, como sensação de fluidez e como ação intrinsecamente motivada”.

Atendendo ao que nos moveu aquando da escolha do tema do nosso estudo, consideramos que o mesmo serviu os nossos objetivos, principalmente porque os principais dados encontrados foram de encontro à literatura.

A necessidade de um maior investimento na formação de professores/educadores sobre o tema é uma das principais conclusões a retirar deste estudo. Mais uma vez, quanto mais cedo for proporcionada a formação e a informação correta sobre esta perturbação, maiores as probabilidades de o aluno conseguir ultrapassar as suas limitações e atingir o tão almejado sucesso educativo.

Resta acrescentar que muito há para explorar num campo tão vasto como aquele que a PHDA ocupa. Existe um crescendo de necessidade de formação e informação sobre o tema, que só poderá ser colmatada com mais estudos na área. Seria interessante, por exemplo, estudar a perceção dos pares sobre os seus colegas com PHDA, pelo importante papel que ocupam na vida destas crianças e pela influência que podem exercer, não só ao nível da socialização, mas também no percurso académico e desenvolvimental destes alunos. De igual modo, a utilização de medicação psicostimulante deveria ser mais estudada, nomeadamente quanto à sua eficácia conjugada com estratégias psicoeducativas de intervenção. Ainda a este nível, talvez fosse relevante perceber como é feito o diagnóstico destas crianças, cruzando a perspetiva dos agentes educativos com os profissionais da área saúde mais diretamente envolvidos neste processo.

Importa também ressaltar que embora exista muita literatura sobre o jogo e a hiperatividade, a informação ainda está muito aquém das necessidades básicas das crianças, uma vez que não existem investigações científicas que tenham estudado a importância do jogo nas crianças com PHDA.

Apesar da inclusão dos alunos com Necessidades Educativas Especiais no sistema regular ser uma grande inovação que tem vindo a proporcionar a estes alunos melhoramentos da qualidade de vida. As normas da inclusão surgem com a publicação

da Lei de Bases do Sistema Educativo em 1986, sendo entendida como necessária e vantajosa. Porém, para que esta se torne totalmente viável e efetiva, há ainda um longo caminho a percorrer para perceber quais as melhores estratégias com estas crianças.

Será fundamental o investimento em mais estudos destinados a avaliar a eficácia das medidas de intervenção adotadas no contexto da escola regular, de forma a tentar perceber se caminhamos, afinal, para uma escola inclusiva, que atende também às necessidades específicas das crianças com PHDA e onde a expressão "todos diferentes, todos iguais" marca a igualdade de oportunidades também para este grupo significativo de alunos.

Por tudo o que foi dito, é fundamental que os professores e educadores ocupem um espaço mais dinâmico, e que não percam o ânimo e a motivação para proporcionar aos seus alunos experiências diversificadas e a vivência de valores. Para isso, é necessário que o currículo escolar seja ampliado a valores de cidadania e a objetivos sociais, e que as escolas “vivam” uma lógica intercultural, onde se respeite a diferença física, cultural, sexual, social, entre outras, tendo assim em consideração os valores especificados na Lei de Bases do Sistema Educativo, na Declaração dos Direitos Universais do Homem, na Constituição da República, na Declaração de Salamanca, que são suficientemente abrangentes para serem respeitados. Para além dos documentos já mencionados, não nos podemos esquecer ainda, de fazer referência ao Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, que é considerado a “cartilha” da Educação Especial.

A criança com PHDA tem os mesmos direitos de todos os seres humanos e cidadãos, tais como, o direito a viver na sua comunidade com a sua família, o direito à dignidade, à saúde, à educação, ao emprego e ao lazer. Estes direitos não devem ficar apenas no papel; é necessário consciencializar a sociedade, as famílias e as pessoas com PHDA para que os direitos destes indivíduos possam ser aplicados.

### **Linhas futuras de investigação**

Como linhas futuras de investigação importa referir que para o estudo se tornar mais completo seria importante aplicar o jogo em crianças hiperativas em contexto de sala de aula.

De igual modo importa referir que nos deparamos com alguns entraves na pesquisa de bibliografia sobre o jogo e a PHDA, não existindo nenhum autor referido nas referências bibliográficas que estabelecesse uma relação entre estes dois conceitos.

De toda a informação pesquisada e obtida apenas evidenciamos o livro “O jogo infantil e a hiperatividade” da autora Juliana Barros, que apesar de todos os esforços foi impossível adquirir quer via internet, quer pela editora, por intermédio da rede de bibliotecas, de livrarias e até mesmo por intermédio de colegas. Tratando-se de um livro brasileiro e do ano de 2001, a aquisição deste ainda se tornou mais difícil.

## Referências Bibliográficas

- Afonso, C. (2004). “*Formação de Professores para a (s)diferença (s) ”*, Revista Saber Educar, nº 9, 2004.
- Americana Psiquiatria Associação.(1994).*Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Americana Psiquiatria Associação.(2002).*Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais. (4ª edição, Texto revisto)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, N. (2009). *Mal entendidos*. (4ª edição) Lisboa: Verso da kapa.
- Associação Portuguesa da Criança Hiperativa. (s/d).*A criança hiperativa*. Consultado em 3 de julho de 2011 através de [www.profala.com](http://www.profala.com).
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: Manual para diagnóstico e Tratamento. (3ª edição)*. Porto Alegre: Artmed.
- Barros, J. (2002). *Jogo Infantil e Hiperatividade*. Consultado em 3 de julho de 2011 através de [www.ieps.org.br/trans.pdf](http://www.ieps.org.br/trans.pdf).
- Benczik, E. (2002). *Transtorno do Deficit de Atenção/Hiperactividade: atualização diagnóstica e terapêutica: um guia de orientação para profissionais* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brandes, D.e Phillips, H. (2006). *Manual de Jogos Educativos: 140 jogos para professores e animadores de grupo*. Lisboa: Moraes Editores.
- Brougère (1998) e Freud apud Bossa (2000). *Página Jogos e Brincadeiras: O que é TDAH?* Consultado em 3 de julho de 2011 através de <http://jogandobrincando.blogspot.com>.
- Correia, L.(1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares. (Coleção Educação Especial)*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2003). *Educação Especial e Inclusão*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Declaração de Salamanca. (1994). *Sobre Princípios, Política e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Espanha: Unesco.
- DuPaul & Stoner.(1994). *Problemas comportamentais*. Consultado em 3 de julho de 2011 através de <http://ddah.planetaclix.pt>.

- Falardeau, G. (1999). *As Crianças Hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Garcia, I. (2001). *Hiperatividade*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Hallowell, E. e Ratey. (1994). *Tendência à Distração*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Kishimoto, T. (2000). *Jogos Infantis: o jogo, a criança e a educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Lopes, J. (1998). *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação*. (1ª edição). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Lopes, J. (2004). *A hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lourenço, I. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: FMH, Universidade Técnica de Lisboa.
- Lorente, A.e Ávila, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva: comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Porto: Edições Asa.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Neto, C. (1997). *Jogo & Desenvolvimento da Criança*. Lisboa: FMH, Universidade Técnica de Lisboa.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula: um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parker, H. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade: um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Pfiffner e Barkley.(1998). *Definição de PHDA*. Consultado em 3 de julho de 2011 através de. <http://ddah.planetaclix.pt>.
- Piaget, J. (1998). *Pedagogia: Horizontes Pedagógicos*. s/l: Edições Piaget.
- Prekop, J. e Schweizer, C. (2001). *Crianças Hiperactivas*, Biblioteca dos Pais. Porto: Ambar.
- Rief.(1998). *Listas de verificação da TDAH*. Consultado em 3 de julho de 2011 através de. <http://ddah.planetaclix.pt>.



- Rief, S. e Heimburge, J. (2000). *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva*. Porto: Porto Editora.
- Rodhe e Benczic. (1999). *Características e causas da TDAH*. Consultado em 3 de julho de 2011 através de <http://jogandobrincando.blogspot.com>.
- Serra, H. e Leal, M. (2007). *Cadernos de estudo*. Porto: ESE Paula Frassinetti.
- Sosin, D. e Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
- Storms, G. (2003). *100 Jogos Musicais*. Porto: Edições Asa.
- Vásquez, I. (1997). Hiperactividade: Avaliação e tratamento. In Rafael Bautista (coords.), *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Wasserman, S. (1994). *Brincadeiras sérias na escola primária*. S/l: Edições Piaget.
- Wikipedia. *Origem do jogo*. Consultado em 1 de Novembro de 2011 através de [pt.wikipedia.org/wiki/jogo](http://pt.wikipedia.org/wiki/jogo).

## **Bibliografia**

- Cabral, A. (2001). *O jogo no ensino. (1ª edição)*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Odriozola, E. (2001). *Perturbações da Ansiedade na Infância*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Rohde, L. e Benczik, E. (1999). *Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperactividade: O que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

### **Livros sobre a PHDA**

- Mattos, Paulo. (2001). *No mundo da Lua: perguntas e respostas sobre Transtorno de Deficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. Rio de Janeiro: Lemos Editorial.
- Rhode, A e Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.
- Schwartzman, J. (2001). *Transtorno de Déficit de Atenção*. São Paulo: Editora Mackenzie.
- Silva, A. (1999). *Mentes Inquietas*. Rio de Janeiro: Napades.
- Teixeira, G. (2006). *Transtornos comportamentais na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Rubia.

### **Informação sobre a Associação da Criança Hiperativa**

Delegação e sede – Malveiras

Rua Quinta São João do Cevadeiro, nº2

2665-307 Milharado Mafra

Contactos: 965321192

[www.apdch.net](http://www.apdch.net)

## Anexos

### Anexo A - Evolução do conceito

<b>1941</b>	<b>Síndrome de lesão cerebral</b>	<b>Werner e Strauss</b>	<b>Hiperatividade, distração, impulsividade, instabilidade emocional, perseverança.</b>
<b>1947</b>			
<b>1962</b>	Disfunção cerebral mínima (DCM)	Clements e Peters	Indicadores neurológicos suaves, défices específicos de aprendizagem, hipercinesia, impulsividade, níveis de atenção baixos.
<b>1968</b>	Reação hipercinética da infância	DSM-II	Hiperatividade.
<b>1980</b>	Distúrbio de défice de atenção com hiperatividade (DDAH)  Distúrbio de défice de atenção sem hiperatividade (DDAsH)	DSM-III	a)Desatenção, impulsividade, atividade motora; b)Início anterior aos 7 anos; c)Duração mínima de 6 meses; d)Desatenção, desorganização, dificuldade de completar tarefas.
<b>1987</b>	Distúrbio hiperativo de défice de atenção (DHDA)  Distúrbio indiferenciado de défice de atenção (DIDA)	DSM-III-R	8 sintomas de uma lista de 14;  Desatenção acentuada e inapropriada para a idade.
<b>1991</b>	Distúrbio de Défice de Atenção	Departamento de Educação dos EUA	IDEA, Parte B – Outros défices de saúde.

		memorando político	
1994	Distúrbio Hiperativo de Déficit de Atenção <ul style="list-style-type: none"> <li>• tipo desatento</li> <li>• tipo hiperativo impulsivo</li> <li>• tipo misto</li> </ul>	DSM-IV	Desatenção, hiperatividade, impulsividade, desorganização, défices no comportamento autorregulado.

**Anexo B** - Quadro com Índice de hiperatividade para pais e professores, de Conners.

<b>É inquieto, não para de se mexer.</b>	<b>Nada Pouco Bastante Muito</b>
<b>É excitável, impulsivo.</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Incomoda as outras crianças.</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Tem dificuldade em terminar o que começa e custa-lhe focar a atenção.</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Fica nervosa com facilidade.</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Distrai-se com facilidade</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Exige que satisfaçam imediatamente os seus desejos, mas abandona - os facilmente.</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Grita frequentemente.</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Tem alterações de humor rápidas e frequentes.</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Tem reações de cólera e comportamentos agressivos e imprevisíveis.</b>	Nada Pouco Bastante Muito
<b>Por favor, indique para cada pergunta o grau que corresponde à conduta da criança (coluna da direita).</b>	

**Anexo C** - Quadro sobre o Desenvolvimento neuromotor infantil.

Pautas de desenvolvimento neuromotor	Idade do aparecimento
<b>Mantém a cabeça erguida na posição vertical.</b>	3 meses
<b>Emite sons sem significado.</b>	3 meses
<b>Discrimina a entoação de vozes conhecidas.</b>	4 meses
<b>Compreende os gestos.</b>	6 meses
<b>Diz a primeira palavra.</b>	6 meses
<b>Domina a posição sentada, sem perder a verticalidade.</b>	8 meses
<b>Inicia a compreensão das palavras.</b>	10 meses
<b>Mantém-se de pé sem apoio.</b>	12 meses
<b>Caminha autonomamente.</b>	12-14 meses
<b>Compreende ordens simples.</b>	18 meses
<b>Consegue correr.</b>	18-22 meses
<b>Constrói frases com três palavras.</b>	22 meses

**Anexo D** - Quadro sobre Sintomas comportamentais da hiperatividade infantil

<b>Atenção</b>	<p><b>Está nas aulas desatenta;</b></p> <p><b>Distrai-se facilmente, tem atenção escassa;</b></p> <p><b>Não termina as tarefas que começa;</b></p> <p><b>É distraída;</b></p> <p><b>Não presta atenção ao que os outros lhe dizem.</b></p>
<b>Impulsividade</b>	<p>É impulsiva e irrita-se facilmente;</p> <p>Os seus esforços são facilmente frustrados;</p> <p>Exige imediata satisfação dos seus desejos;</p> <p>É impulsiva;</p> <p>Responde sem refletir.</p>
<b>Hiperatividade</b>	Apresenta excessiva inquietação motora.
<b>Obediência</b>	<p>Está intranquila, sempre em movimento;</p> <p>Emite sons altos e em situações inapropriadas;</p>

	<p>Retorce-se sobre si mesma;</p> <p>Hiperativa;</p> <p>É inquieta, não é capaz de estar sentada;</p> <p>Permanece tensa, incapaz de se relaxar.</p>
<b>Capacidades sociais</b>	<p>Aceita mal as indicações do professor;</p> <p>Incomoda-a ter de seguir orientações;</p> <p>Rejeita as ordens, não as quer reconhecer;</p> <p>É negativa.</p>
	<p>Molesta frequentemente as outras crianças;</p> <p>Discute e briga por qualquer motivo;</p> <p>Não é aceite no grupo;</p> <p>Tem dificuldades nas atividades cooperativas;</p> <p>Não se dá bem com a maioria dos companheiros;</p> <p>Carece de aptidões para a liderança;</p> <p>Não tem sentido das regras do “jogo limpo”;</p> <p>A sua conduta incomoda os que com ela convivem;</p> <p>É chata;</p> <p>É teimosa e inoportuna;</p> <p>Tenta dominar os outros;</p> <p>Destrói as suas próprias coisas e as dos outros.</p>
<b>Aprendizagem</b>	<p>Tem dificuldades na aprendizagem escolar,</p> <p>Evita empreender novas tarefas com medo de fracassar;</p> <p>É brincalhona, lenta.</p>
<b>Afetividade</b>	<p>Nega os seus erros ou culpa os outros;</p> <p>Muda bruscamente os seus estados de espírito;</p> <p>Tem explosões imprevisíveis de mau génio;</p> <p>Comporta-se com arrogância;</p> <p>Tem um ar entediado;</p> <p>Exige do professor excessiva atenção;</p> <p>A sua conduta é imatura para a idade;</p> <p>Mostra muito pouco interesse pelas coisas que lhe pertencem;</p> <p>É suscetível;</p>

	<p>Procura permanentemente chamar à atenção;</p> <p>É irresponsável;</p> <p>Precisa de atenção e ajuda contínua;</p> <p>Faz “fitas”, grita e apresenta mau humor;</p> <p>Carece de autoconfiança;</p> <p>Sente-se inferiorizada diante os demais;</p> <p>Faz fanfarronices e exibicionismos.</p>
--	--

**Anexo E** - Quadro sobre a escala para companheiros e para si mesmo.

<b>Quem manuseia mais as coisas?</b>
<b>Quem é mal-educado com o professor?</b>
<b>Quem não é capaz de permanecer quieto ou sentado?</b>
<b>Quem incomoda os outros enquanto trabalham?</b>
<b>Quem perde tempo com tolices e provoca problemas?</b>
<b>Quem não presta atenção ao professor?</b>

**Anexo F** - Quadro com perguntas chave para detetar a hiperatividade.

A criança:
<b>é capaz de ouvir uma história quieta e tranquila?</b>
<b>interrompe as refeições sem motivo aparente?</b>
<b>muda de brinquedos constantemente?</b>
<b>durante as compras mostra-se inquieta e pega em tudo?</b>
<b>na escola fala com os companheiros quando não deve?</b>
<b>levanta-se do seu lugar sem motivo aparente?</b>
<b>incomoda os colegas durante o trabalho?</b>
<b>termina as atividades que a mandam fazer?</b>



**Anexo G** - Quadro com tarefas do teste discriminativo neurológico rápido.

<b>Destreza manual</b>
<b>Reconhecimento e reprodução de figuras</b>
<b>Movimentos manuais rápidos</b>
<b>Reconhecimento de formas na palma da mão</b>
<b>Levar o dedo ao nariz com os olhos fechados</b>
<b>Fazer círculos com os dedos</b>
<b>Dupla e simultânea estimulação das costas da mão e das maçãs do rosto</b>
<b>Movimentos oculares</b>
<b>Repetição de padrões de som</b>
<b>Estiramento de braços e pernas</b>
<b>Andar com um pé atrás do outro, para a frente e para trás</b>
<b>Manter-se em pé e saltar</b>
<b>Discriminação direita/esquerda</b>
<b>Alterações de comportamento durante a prova</b>

**Anexo H** - Quadro com os procedimentos para avaliar a atenção.

<p>Tempo de reação em tarefas de escolha</p> <p><b>Esta medição exige que a criança hiperativa centre a sua atenção durante alguns segundos numa tela na qual surge um estímulo, que, normalmente, é uma figura geométrica. A criança tem de carregar num botão sempre que a figura apareça na tela. A medida que se obtém é a do tempo que decorre entre o aparecimento do estímulo e a emissão da resposta. Esta tarefa é auto programável e não se inicia sem que o experimentador se assegure que, de facto, a criança presta atenção ao estímulo da tela.</b></p>
<p>Tempo de reação em tarefas sequenciais</p> <p><b>Esta medição é igualmente auto programável e exige que a criança preste atenção durante um intervalo de tempo relativamente longo. A criança situa-se de frente para um visor onde aparecem cinco luzes de cores diferentes, cada uma com o seu</b></p>

**respetivo botão. Logo que se acende uma das luzes, a criança tem de carregar no botão correspondente. A pontuação obtida corresponde ao número de respostas corretas e incorretas.**


#### **Teste de execução contínua**

**Esta prova é uma das medições mais sensíveis para a avaliação do défice de atenção da criança hiperativa. Durante 15 minutos e em intervalos fixos surge automaticamente um estímulo que a criança deve detetar com precisão. Este teste tem duas modalidades, visual e auditiva, e o estímulo aparece num visor ou ouve-se num magnetofone. A duração do estímulo é de 0,2 segundos e o intervalo entre estímulos é de 1,5 segundos. A tarefa da criança consiste em responder unicamente ao estímulo significativo, discriminando sons e imagens.**

#### **Tarefas de vigilância**

**Nestas tarefas, pede-se à criança que detete sinais pouco frequentes durante um período de cerca de 30 minutos. Os estímulos não frequentes surgem no contexto de estímulos que se sucedem regularmente.**

## Anexo I - Questionário realizado



### A Perceção dos Educadores e Professores de Primeiro e Segundo Ciclo sobre a Hiperatividade e a Importância do Jogo nesta Síndrome

Exmo(a). Senhor (a) Professor (a), caro (a) colega,

sou aluna da Escola Superior de Educação João de Deus e encontro-me a frequentar o Mestrado em Ciências da Educação - Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor. Esta dissertação de Mestrado realiza-se no âmbito da unidade curricular Seminário de Acompanhamento e Apoio à Dissertação.

Tem em mãos um questionário que se insere numa investigação com a seguinte temática "A Perceção dos Educadores e Professores de Primeiro e Segundo Ciclo sobre a Hiperatividade e a Importância do Jogo nesta Síndrome". Lembro-lhe que não existem nem boas nem más respostas, apenas a sua opinião/experiência que é muito importante. Este questionário é destinado a Professores de Primeiro e Segundo Ciclo e Educadores de Infância.

Para que possa levar a bom termo este trabalho, careço da sua prestimosa colaboração. Para o efeito basta que preencha o formulário seguinte com a resposta que melhor corresponde à sua opinião.

Os seguintes dados destinam-se apenas à caracterização da amostra e todas as informações recolhidas são confidenciais, pelo que não terá de escrever qualquer indicação que o/a identifique.

Muito obrigado pela colaboração.

Prof. Ana Ramos  
\*Obrigatório

**Grupo I - Dados Pessoais - Sexo \***

☐ Masculino

☐ Feminino

**Idade \***


☐ 20-29

☐ 30-39

☐ 40-49

☐ 50-59

☐ Mais de 60



**Situação Profissional \***

☐ Professor do Quadro

☐ Contratado

☐ Destacado

**Formação Profissional \***

☐ Professor (a) de 1º Ciclo

☐ Educador (a) de Infância

**Grau Académico \***

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Pós - graduação

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

**Possui Especialização em Educação Especial? \***

☐ Sim

☐ Não

**Experiência Profissional - Tem ou já alguma vez teve alunos com NEE integrados nas suas turmas? \***

☐ Sim

☐ Não

**Grupo III - A importância do jogo em crianças hiperactivas - A hiperactividade verifica-se com mais frequência nos rapazes do que nas raparigas. \***

☐ Totalmente em desacordo

☐ Discordo parcialmente

☐ Não concordo nem discordo

☐ Concordo parcialmente

☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva tem dificuldade para organizar as tarefas e actividades. \***

☐ Totalmente em desacordo

☐ Discordo parcialmente

☐ Não concordo nem discordo

☐ Concordo parcialmente

☐ Totalmente de acordo

**Acha as crianças hiperactivas agressivas? \***

☐ Totalmente em desacordo

☐ Discordo parcialmente

☐ Não concordo nem discordo

☐ Concordo parcialmente

☐ Totalmente de acordo

**Acha que as crianças são hiperactivas porque têm ou já passaram/viveram algum problema? \***

☐ Totalmente em desacordo

☐ Discordo parcialmente

☐ Não concordo nem discordo

☐ Concordo parcialmente

☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva apresenta baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização e baixa auto - estima? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentada? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva perde coisas necessárias para as actividades lúdicas? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva é aceite na sala de aula pelos colegas? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva é aceite pela comunidade escolar? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**Os pais são activos e colaboram na educação do filho quando este tem hiperactividade na sua escola? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva revela dificuldades a nível de aprendizagem? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva tem dificuldade em brincar ou envolver-se em actividades de lazer de forma calma? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva consegue fazer silêncio quando lhe é pedido? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva está mais atenta com actividades mais lúdicas? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva controla melhor o seu comportamento quando aprende a partir do jogo? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva cumpre as regras do jogo? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva consegue chegar até ao fim da tarefa quando é realizada a partir de um jogo? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva sabe comportar-se em grupo? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva responde às perguntas de forma mais assertiva quando é feito através do jogo? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**A criança hiperactiva consegue fazer várias actividades ao mesmo tempo? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**Acha que o jogo estimula a criança de forma clara e positiva? \***

- ☐ Totalmente em desacordo
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Totalmente de acordo

**Obrigado pela colaboração!**